



**Roskilde
University**

Læreprocesser i klinisk sygeplejerskeuddannelse

Viden og erfaringer fra projekt PÅ TVÆRS

Lehn, Sine; Holen, Mari

Publication date:
2020

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):

Lehn, S., & Holen, M. (2020). *Læreprocesser i klinisk sygeplejerskeuddannelse: Viden og erfaringer fra projekt PÅ TVÆRS*. (1 udg.) Roskilde Universitet.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact rucforsk@kb.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



Sine Lehn-Christiansen og Mari Holen m.fl.

Læreprocesser i klinisk sygeplejerske uddannelse

Viden og erfaringer
fra projekt PÅ TVÆRS

Sine Lehn-Christiansen og Mari Holen m.fl.

Læreprocesser i klinisk sygeplejerske uddannelse

Viden og erfaringer
fra projekt PÅ TVÆRS

RIGSHOSPITALET • ROSKILDE UNIVERSITET

Læreprocesser i klinisk sygeplejerskeuddannelse.

Viden og erfaringer fra projekt PÅ TVÆRS

© 2020 Forfatterne, Rigshospitalet og Roskilde Universitet

Hovedforfattere: Sine Lehn-Christiansen og Mari Holen

Øvrige forfattere: Betina Wilhjem, Anette Sørensen,

Bolette Holck, Bettina Voergaard Poulsen, Anne Frandsen,

Lis Suhr og Line Nørmølle Højlund

Illustrator: Mette Jeppesen, www.tanke-streg.dk

Redaktion: Bolette Holck og Betina Wilhjem

Korrektur: Sigga Graunbøl, Maria Lehn, Bolette Holck og Betina Wilhjem

Reviewere: Camilla Bernild og Elise Bromann Bukhave

Omslag, design og sats:

Tod Alan Spoerl og Carl-H.K. Zakrisson

Sat med: Documenta og Scala Sans

Tryk: Frederiksberg Bogtrykkeri A/S

Printed in Denmark 2020



ISBN: 978-87-972094-0-0

Rigshospitalet

Blegdamsvej 9

2100 København Ø

regionh.dk

Roskilde Universitet

Universitetsvej 1

4000 Roskilde

ruc.dk



**FAGFÆLLE-
BEDØMT**

Projektets samarbejdspartner

Roskilde Universitet

Rudersdal Kommune

Egedal Kommune

Gladsaxe Kommune

Frederikssund Kommune

Psykiatrisk Center København

Psykiatrisk Center Ballerup

Psykiatrisk Center Sankt Hans

Københavns Professionshøjskolen (Professionshøjskolen Metropol)

Oversigt

Rigshospitalets forord 13

Forskernes forord 17

Resumé 19

1 **Introduktion** 25

2 **Hvorfor PÅ TVÆRS?** 37

3 **PÅ TVÆRS** – et aktionsforskningsprojekt 51

4 **SFS-eksperimentet: Sundhedsfaglig supervision** 71

5 **PRM-eksperimentet: Den Pædagogiske Refleksions Model** 88

6 **SIM-eksperimentet: Simulations- og klinisk færdighedstræning** 103

7 **FAM-eksperimentet: Medicinhåndtering og farmakologiske kompetencer** 117

8 **Indsigter på tværs af eksperimenterne** 131

9 **Følgeforskningens teori, empiri og metoder** 139

10 **Drømmen om sammenhæng** 151

11 **Personlig hygiejne i forskellige kontekster** 168

12 **Plejelogikker i klinisk uddannelse** 180

13 **Klinisk læring, der rykker; sammenhæng og udvikling af professionsidentitet** 194

14 **Konklusion og anbefalinger – fra sammenhæng til læring i klinisk uddannelse** 207

Appendix

– PÅ TVÆRS samarbejdspartnere og -aktører 222

– Bilag A: Skemaer 226

– Bilag B: Forskningsværksted 230

Litteratur 234



Sammenhæng PÅ TVÆRS

I FREMTIDENS SYGEPLEJEUDDANNELSE
DEN 25.1. 2019

Mette Jeppesen
illustrerer indhold på
afslutningskonferencen
PÅ TVÆRS.

Indhold

Rigshospitalets forord 13

Forskernes forord 17

Resumé 19

1 Introduktion 25

Rapporten – en læsevejledning 26

Hvordan det hele startede 28

Projektklassen 28

Uddannelseseksperimenterne 30

Eksperiment 1: Sundhedsfaglig supervision (SFS) 31

Eksperiment 2: Den Pædagogiske Refleksions Model (PRM) 31

Eksperiment 3: Simulation og klinisk færdighedstræning (SIM) 32

Eksperiment 4: Medicinhåndtering og farmakologiske kompetencer (FAM) 32

Fire forskellige eksperimenter 32

Aktioner 33

Modul 1 + 2 (1. semester) 34

Modul 3 + 4 (2. semester) 34

Modul 5 + 7 (3. semester) 34

Modul 8 + 6 (4. semester) 35

5. semester 35

6. semester 35

7. semester 36

Etiske overvejelser 36

2 Hvorfor PÅ TVÆRS? 37

Den uddannelseshistoriske kontekst 37

Uddannelsen formaliseres 38

Akademisering 39

Uddannelsen bliver en professionsbachelor 40

Med klinikken som udgangspunkt 42

Den uddannelsespolitiske kontekst	43
Den videnskæssige kontekst	45
Læring og identitetsdannelse i klinisk uddannelse	46
Læringsrum; fordringer og udfordringer	47
Læringskultur; når læring betragtes som et nødvendigt gode	49
PÅ TVÆRS – som svar på flere spørgsmål	50

3 **PÅ TVÆRS – et aktionsforskningsprojekt** 51

At arbejde eksperimentelt med uddannelsesforskning i sundhedsvæsenet	52
At arbejde med udfordringer som et potentiale	55
At arbejde demokratiserende	56
Eksempel på forskningsværksted	56
De studerendes stemme	60
Stærke studerende eller nogle sløve padder?	61
Lines fortælling – En personlig beretning om at udvikle sig til sygeplejerske	64
Justering af eksperimenterne undervejs	68
Eksperimenternes empiri og vidensproduktion	70

4 **SFS-eksperimentet: Sundhedsfaglig supervision** 71

Baggrund og formål	71
Eksperimentet i aktion – hvordan vi har arbejdet med sundhedsfaglig supervision	72
Hvad har vi lært om sundhedsfaglig supervision og kliniske læreprocesser?	74
Modstand og demotivation	76
Frivillighed som ufravigeligt princip	78
Afprøvning og tilpasning af supervisionsmetoder	79
Klinisk erfaring som forudsætning for SFS	82
Relationers betydning for udbyttet af SFS	84
Supervision opleves forfra, men forstås bagfra	85
Opsummering på SFS-eksperimentet	86
Anbefalinger fra SFS-eksperimentet	87

5 **PRM-eksperimentet:** **Den Pædagogiske Refleksions Model** 88

Baggrund og formål	88
Eksperimentet i aktion – hvordan vi har arbejdet med den pædagogiske refleksionsmodel	90
Hvad har vi lært om den pædagogiske refleksionsmodel og læring i praksis?	91
PRM øger fokus på patientens perspektiv	92
Model-kampen	94
PRM – en praksisnær metode	95
Vejledernes læreproces	95
Kontinuitet og støtte er forudsætninger for systematisk kompetenceudvikling af klinisk beslutningstagen	96
At bruge PRM pædagogisk	98
Fra overhøring til refleksion	100
Opsummering på PRM-eksperimentet	101
Anbefalinger fra PRM-eksperimentet	102

6 **SIM-eksperimentet: Simulations- og klinisk færdighedstræning** 103

Baggrund og formål	103
Eksperimentet i aktion – hvordan vi har arbejdet med simulations- og færdighedstræning	105
Hvad har vi lært om simulations – og færdighedstræning?	105
Forskellige måder at arbejde med simulation	106
At spille roller	110
Muligheder og udfordringer ved kropslig læring	111
De-briefingens potentialer	113
Interaktion og læreprocesser i debriefing	113
Opsummering på SIM-eksperimentet	114
Anbefalinger fra SIM-eksperimentet	116

7 **FAM-eksperimentet: Medicinhåndtering og farmakologiske kompetencer** 117

Eksperimentet i aktion – hvordan vi har arbejdet med medicinhåndtering og udvikling af farmakologisk kompetence 118

Hvad har vi lært af FAM-eksperimentet? 119

At starte tidligt med læring i medicinhåndtering 119

Blik for opgaven, for professionen og for patienten 121

Overfyldt modul 4 og varierende vejlederinitiativ ift. medicin 122

Medicin integreret med de øvrige eksperimenter 124

Ønsker om færdigheder i medicinregning 125

Adgang til medicinrummet 127

At sætte medicinkompetencer ind i en sammenhæng 128

Opsummering på FAM-eksperimentet 129

Anbefalinger fra FAM-eksperimentet 130

8 **Indsigter på tværs af eksperimenterne** 131

En metode er aldrig bare en metode 131

Ustyrige læreprocesser 132

Modstand som central præmis i klinisk læring 134

Selvstændige, kritisk reflekterende sygeplejersker 135

Er sygepleje en buket af færdigheder eller en tilgang? 137

9 **Følgeforskningens teori, empiri og metoder** 139

Teoretiske inspirationskilder 141

Læring og læringsprocesser 141

Professionsidentitet 142

Et institutionelt perspektiv på klinisk (uddannelses)praksis 143

Det kliniske læringsrum 144

Projektets empiri 145

Analysestrategier og tematikker 148

Formidling 149

Følgeforskningens resultater 150

10 **Drømmen om sammenhæng** 151

- Præsentation af de analyserede tekster 153
- Sammenhæng som aktuelt problem 154
- Sammenhæng der skaber sammenhæng 156
- Sammenhæng som fremtidssikrende kompetence 157
- Sammenhæng som uddannelseskvalitetsproblem 158
- En rejsende problematisering 159
- Teori-praksis som dominerende problematisering 161
- Konsekvenserne af problematiseringerne 162
- Klinikken som læringskontekst 163
- Læringskontekster og kryds 164

11 **Personlig hygiejne i forskellige kontekster** 168

- Tre diskurser om personlig hygiejne 169
 - Den etiske diskurs 170
 - Den tekniske diskurs 172
 - Lavstatus-diskursen 174
- Personlig hygiejne som definerende for sygepleje 176
- Delegation af personlig hygiejne som en professionaliseringsstrategi 1768

12 **Plejelogikker i klinisk uddannelse** 180

- Logikken i relationel sygepleje 181
- Plejeuddannelseslogikken 183
 - "Hvad kan du?" 185
 - Aktiv og synlig pleje 186
- Plejeproduktionslogikken 187
 - Billig, lavtuddannet arbejdskraft 188
 - Noget for noget 188
- Desillusioner – når de studerendes motivation afvikles 192

13 **Klinisk læring, der rykker; sammenhæng og udvikling af professionsidentitet** 194

- Styrkelse af læringsfællesskaber 196
 - Klassen som læringsplatform 196
 - Projektet som læringsanker 198
 - Klinikken som læringsfællesskab 199
 - Patientrelationernes betydning for læreprocesserne 200
- Hvad er god klinisk vejledning? 201
 - Det faglige fyrtårn 201
 - Ny vejleder hver dag 202
 - Metavejledning kontra situationel vejledning 203
- Læringsrelationer der rykker 205

14 **Konklusion og anbefalinger – fra sammenhæng til læring i klinisk uddannelse** 207

1. Fra de- til rekontekstualisering af det kliniske læringsrum 212
2. Mere fokus på faglig stærk situationel vejledning 214
3. Mere fokus på relationer i klinisk læring 216
4. Eksplicit støtte til en positiv professionsidentitetsudvikling 219
5. Kontinuerligt fokus på læring som videnspraksis 219

Appendix

- PÅ TVÆRS samarbejdspartnere og -aktører 222
- Bilag A: Skemaer 226
- Bilag B: Forskningsværksted 230

Litteratur 234

Rigshospitalets forord

Af Betina Wilhjelm, projektleder

Ideen til dette forsknings- og udviklingsprojekt i klinisk undervisning opstod på Rigshospitalet i 2013 og fik ekstra næring under en samtale med professor på Roskilde Universitet Center, Betina Dybbro.

Projektideen blev videreudviklet af Klinisk UddannelsesRåd for prægradierte uddannelser i Sygepleje (KURS), og senere i 2014 vedtaget af en enig kreds af centerchefsygeplejersker og Sygeplejedirektør Helen Bernt Andersen på Rigshospitalet. Jeg blev leder for projektet i de kommende fem år, hvor projektet blev gennemført. En lang periode at være projektleder i med forskellige roller i processen. Alt sammen opgaver og situationer som på ingen måde var beskrevet i lærebog på projektlederuddannelse. Der kan tilføjes mange nye kapitler til denne lærebog.

Projekt Sammenhæng PÅ TVÆRS i fremtidens sygeplejerskeuddannelse (fremadrettet PÅ TVÆRS) begyndte for alvor i september 2015 med 40 sygeplejestuderende som projektdeltagere. De kom alle fra en bestemt klasse på den daværende Professionshøjskole Metropol, den nuværende Københavns Professionshøjskole (KP). Opgaven var klar – nemlig at uddanne de studerende til en fremtidig kompleks klinisk hverdag med en palet af slutkompetencer, en stærk professionsidentitet og med en kompetenceprofil, der kunne matche fremtidens krav til professionsudøvere af faget sygepleje. De studerende skulle have et særligt fokus på udvikling af tværsektoriel- og tværprofessionel kompetence for at matche samfundets krav til den sundhedsprofessionelle.

Der har været studerende, som undervejs i projektforløbet igen og igen har stillet spørgsmålet; ”Hvad får vi egentlig ud af at være med i projektet i sidste ende?” ”Bliver vi nu også dygtigere end de andre (læs medstuderende på KP), som ikke er med?” ”Hvad er egentlig fordelene og hvad er konsekvenserne af at være med i dette projekt?”

”Pas” har nogle gange været den korte udgave af svaret til de studerende. ”I bliver i hvert fald ikke mindre dygtige end de andre” har været et andet svar.

Projektlederrollen kan på mange måder sidestilles med det at være kaptajn på et skib. Det at have stået på ”kommandobroen” så længe og mærket vindforholdene, når der har været medvind, men også, når der har blæst en kraftig modvind, har været udfordrende og lærerigt. Man prøver at stikke en finger op i luften for at teste vindforholdene og tage sine forbehold, men pludselig opstår en storm, der rusker godt i skibets konstruktion. Der skal handles nu og her og uden tøven, når ”redningsvesten” skal findes frem. Det er bare hele rejsen værd, når vinden er god og alle har mulighed for at nyde solen på ”dækket” – når det hele lykkedes og de sygeplejestuderende trives i klinikken.

Det har været ærgerligt, når nogle af de studerende har forladt ”projekt-klassen” undervejs. Et mylder af tanker opstår, og én særlig tanke går igen, har projektet denne gang været medvirkende årsag? En mail er heldigvis, næsten altid, tikket ind med en hjertelig tak for denne gang, og atter en gang har jeg som ansvarlig projektleder kunne ånde lettet op.

Projektet har ud over projektlederen haft fem engagerede og hårdt-arbejdende delprojektledere. Desuden har der deltaget entusiastiske og kompetente kliniske undervisere og kliniske vejledere fra tre sektorer i klinikken. Der drejer sig om fire kommuner; Ballerup, Egedal, Frederiks-sund og Rudersdal og tre Psykiatriske Centre i Region Hovedstaden; PC København, PC Ballerup og PC Sankt Hans samt de seks sengebærende centre på Rigshospitalet; AbdominalCentret, FinsensCentret, Juliane Marie Centret, HjerterCentret, HovedOrtoCentret og Neurocentret.

Det har haft afgørende betydning for projekt PÅ TVÆRS, at der blev tilknyttet to følgeforskere fra Roskilde Universitet; Lektor Mari Holen og Lektor Sine Lehn- Christiansen. Forskerne har sammen med projekt-ledergruppen været med til at definere ”sejlrutens pejlemærker” gennem hele perioden og sammen har vi foretaget de nødvendige kursændringer undervejs. Begrebet ”Følgeforskning” er blevet introduceret og følgeforskerne har med deres ekspertise været en integreret del af projekt-forløbet. Forskerne har samtidigt været flittige artikelskribenter undervejs

og hermed også sørget for, at der såvel lokalt i Danmark som ude i den store verden er kendskab til PÅ TVÆRS.

Projektet har været drevet af en eksperimenterende/aktionsforskningstilgang. Aktionerne er blevet iværksat i alle de kliniske perioder og er med baggrund i Delphievalueringer, ”klassens time” og møder med projektorganisationens medlemmer, efter de enkelte kliniske perioder, blevet tilpasset undervejs. Vi har kontinuerligt måtte stoppe op, kigge tilbage i ”sejlrenden” og samtidig lytte intenst til de studerende. Dette har afstedkommet en nødvendig kvalificering og justering og beslutningerne har været mange undervejs. Mulighederne for nye ideers opståen har været talrige og ambitionen, om at nå målet, har aldrig været fraværende. Kursen skulle være klar for enhver og kommunikationen tydelig.

Drøftelserne har været spændende og omfangsrige, når vi har skullet dele viden på ”kommandobroen” ved projektledermøder, projektleder- og forskningsværksdage og workshops. Undervejs er der kommet nye projektmedlemmer til, der har bidraget med nye metoder til at forstå opgaven og hvordan den har kunnet løses bedst muligt. Alle har de hver og én været med til at gøre projektet muligt.

PÅ TVÆRS’ logbog er omfattende og kan læses i de enkelte statusrapporter på projektets minisite og i denne afsluttende rapport.

Stor og hjertelig TAK til projektklassen i PÅ TVÆRS og til alle jer, der har ”sejlet med” og dermed også medvirket til at gøre det til en uforglemmelig ”rejse” og til at gøre det muligt i det hele taget at gennemføre PÅ TVÆRS. Uden jeres store engagement og frivillige indsats var det ikke lykkedes at komme i ”havn.”

Rigtig god fornøjelse med læsningen!

Sammenhæng PÅ TVÆRS

I FREMTIDENS SYGEPLEJE UDDANNELSE
DEN 25.1.2019

FOR 6 ÅR SIDEN
HVAD ER
GOD SYGEPLEJE
i fremtiden?

STOR
GENHED
HEDSVESNET
SKAL VI SKABE
DE RAMMER
NGELSER
ND SYGEPLEJE
N MENNESKE-
LIGE FAKTOR

DET
FORBYGGER



**BETINA
WILHELM**

PROJEKTLEDER

& KAPTJAN, MASKINMESTER
DÆKSDRENG OG KAHYTSJOMFRU
& PROJEKTMOR



FORMÅL
UDDANNE EN

MEN...
HVAD FÅR VI
UD AF DET
HER, BETINA?

VI SKAL
LIGE UDENOM
DET HER

UPS

KUNDE
MODULE

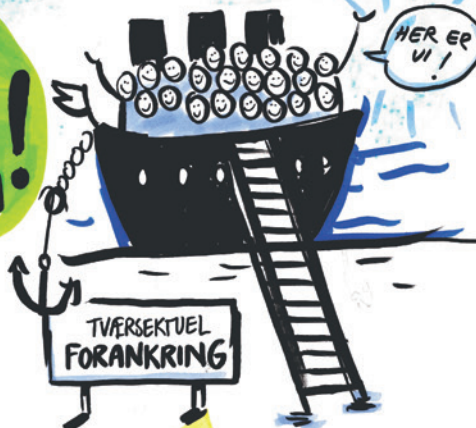
FREMTIDENS
SYGEPLEJERSKE

VI SKAL
**RYKKE
TÆTTERE!
SAMMEN!**

FORSÆTTELSE FØLGER...

MINERVA

2020 - 2029



HER ER
VI!

BET
VOER
POU

Forskernes forord

Af Sine Lehn-Christiansen og Mari Holen

Først og fremmest tak til de 40 sygeplejestuderende, der i sommeren 2015 sagde ja tak til at være med i projektet. Tak for jeres engagement, for at dele jeres erfaringer, for jeres kritiske indvendinger og vigtige påmindelse om, at uddannelse i klinisk praksis er så meget mere end formelle læringsmål. At følge jer har været uendeligt lærerigt, og vi glæder os meget til vores fortsatte samarbejde i forbindelse med projekt Minerva.

Tusind tak til Rigshospitalets direktion og i særdeleshed Helen Bernt Andersen og kredsen af centerchefsygeplejersker, hvis opbakning til PÅ TVÆRS har været afgørende for, at projektet blev til mere end en forhåbning. Tak fordi I valgte at knytte forskning til projektet. Opgaven som følgeforskere har været en gave af de store – det hører til sjældenhederne, at man som forsker får mulighed for det mix af forpligtende samarbejde, langvarig fordybelse og faglige udfordringer, som PÅ TVÆRS har udgjort. Tak til Betina Dybbroe fra RUC for initiering af samarbejdet og for at overlade roret til os.

Tak til alle samarbejdspartnere på Rigshospitalet, tak til projektleder og delprojektlederne. Det har været et kæmpeprivilegium at blive lukket ind i jeres kliniske og uddannelsesorganisatoriske hverdag. Tak for jeres tillid og for alle samtalerne om klinisk læring og undervisning. Og ikke mindst tak for alle de sjove oplevelser, socialt og fagligt, vi har delt sammen over årene.

Vi vil også rette en særlig tak til alle de engagerede og dygtige uddannelsesmennesker uden for Rigshospitalets rammer, som har muliggjort dette projekt. Det drejer sig først og fremmest om vores samarbejdspartnere i Rudersdal, Frederikssund, Egedal og Gladsaxe Kommune samt i Region Hovedstadens Psykiatri, repræsenteret ved tre psykiatriske

centre: PC-Ballerup, PC-København og PC-Sankt Hans. Det var aldrig blevet et lige så godt projekt uden jer, jeres velvillighed over for at diskutere klinisk uddannelse, til at bidrage til workshops og deltage i eksperimenterne samt tage imod os med åbne arme, når vi lavede feltstudier! Vi vil også takke for godt samarbejde med Professionshøjskolen Metropol, nu Københavns Professionshøjskole, som ”lånte” os projektklassen, og som også har bidraget med sparring undervejs.

Endelig skal der lyde en stor tak til de anonyme reviewere på vores forskningsartikler og de to reviewere af denne rapport, Camilla Bernild og Elise Bromann Bukhave.

Resumé

Denne rapport præsenterer projektet ”Sammenhæng på tværs i fremtidens sygeplejerskeuddannelse” (PÅ TVÆRS) samt projektets resultater. PÅ TVÆRS (2015-2019) er et videns- og uddannelsesudviklingsprojekt med sigte på at kvalitetsudvikle den kliniske del af sygeplejerskeuddannelsen i regi af Rigshospitalet og udvalgte kliniske undervisningssteder i kommunalt og psykiatrisk regi. PÅ TVÆRS har taget udgangspunkt i fire uddannelseseksperimenter med fokus på sundhedsfaglig supervision (SFS), klinisk beslutningstagen (PRM), simulations- og klinisk færdighedstræning (SIM) samt medicin håndtering og farmakologiske kompetencer (FAM). Et hold sygeplejestuderende – her i rapporten benævnt ”projekt-klasse” har gennem deres uddannelsesforløb deltaget i særlige (undervisnings)aktiviteter. Sideløbende er der skabt forskningsmæssig viden om vilkårene i klinisk uddannelse og de studerendes læreprocesser. PÅ TVÆRS har med inspiration fra aktionsforskningen arbejdet involverende, og eksperimenterne har således været fulgt op af en række forskningsværksteder med det dobbeltformål at skabe refleksion og viden om projektets udviklingsbestræbelser.

Rapporten giver indblik i den uddannelseshistoriske, den uddannelsespolitiske og den vidensmæssige kontekst for PÅ TVÆRS, samt den særlige metodologi, hvor vi har arbejdet med at skabe viden igennem analyse af de forskellige udfordringer, som har vist sig undervejs.

Analysen af de fire eksperimenter viser, at de alle rummer potentiale til at styrke klinisk læring, og at de studerende har glæde af metoder, der er gennemgående og samtidig understøtter udviklingen af deres sygeplejefaglige kompetencer og professionsidentitet. Samtidig peger rapporten på, at ingen metode i sig selv kan garantere et særligt læringsudbytte, idet den kliniske kontekst og relationen mellem studerende og vejledere er

altafgørende for, om og hvordan metoden virker (eller ikke virker). Der argumenteres på denne baggrund for en re-kontekstualisering af klinisk pædagogik, hvilket indebærer, at de mange faktorer, der er formende for det kliniske læringsrum medtænkes i både uddannelsesplanlægning og –gennemførelse. Det pointeres end videre, at indføring af nye pædagogiske metoder forudsætter metodisk tilegnelse, både for undervisere/vejledere og for de studerende, og at der derfor må prioriteres en vis indkøringsfase, før det faglige læringsudbytte og ikke metoden kommer i fokus. Arbejdet med eksperimenterne har desuden tydeliggjort den store udfordring, der ligger i at nå ud til alle aktører i den kliniske uddannelsesorganisation. Der er mange konkurrerende modeller og pædagogiske metoder i brug i det teoretiske og kliniske uddannelsesfelt, og det kan være vanskeligt både for vejledere og studerende at navigere i og også skulle skelne mellem disse. Samtidig kalder dette fund på yderligere diskussion af, hvorvidt uddannelsen i lyset af sin teoretiske fundering og kobling til akademisk vidensproduktion kan eller skal insistere på at ”ensrette” anvendelsen af modeller og begreber, eller om kompetencen til at kunne skelne og vælge mellem flere forskellige teoretiske bud er et (velkomment) vilkår, som de studerende skal klædes på til at kunne håndtere?

Rapporten formidler ligeledes resultaterne af den til projektet tilknyttede følgeforskning. Her tydeliggøres det, at klinisk uddannelse og læring er en kompleks praksis med mange samvirkende dynamikker, både når det handler om en sygeplejefaglig kerneopgave, som fx varetagelse af patienthygiejne, og når det handler om, hvordan man som studerende skal navigere mellem de forskellige logikker, der er på spil i den kliniske uddannelsespraksis, og samtidig udvikle en sammenhængende professionsidentitet. Det gode kliniske undervisningsforløb udgøres således også af mange samvirkende faktorer, der, når de spiller sammen, styrker den studerendes motivation og læringsforløb. Men de studerende savner ofte læringsmæssig støtte i det daglige kliniske arbejde, ligesom det kan være vanskeligt overhovedet at få adgang til adækvate og fagligt progredierende udfordringer. På flere kliniske uddannelsessteder vanskeliggøres dette, enten fordi der er for mange studerende om hver patient, eller fordi man som studerende ikke inviteres ind i hverken komplekse sygepleje-

faglige eller administrative opgaver, mens studerende på andre kliniske uddannelsessteder oplever at blive ”kastet ud” i komplekse sygeplejeopgaver uden at få vejledningsmæssigt tilstrækkelig støtte til at håndtere opgaven – og udvikle sig læringsmæssigt. Denne ubalance betyder, at den ønskede faglige progression ofte bliver tilfældig – og nogle gange udebliver; ofte til stor frustration for de studerende.

Følgeforskningen viser således hvordan læringsforløbene, og dermed de studerendes uddannelse, reelt er meget forskellig, men at der omvendt i politikker om uddannelsen tales om klinikken i ental og gerne som opposition til først og fremmest teori. Rapporten viser, hvordan dikotomiens teori-praksis udgør den dominerende linse, hvorigennem ”klinikken” forstås, diskuteres og udvikle, ved siden af klinik-arbejdsmarkedet, som ligeledes først og fremmest ser ”klinikken” som noget, der skal gøre studerende til parate, effektive arbejdstagere. Disse forståelser former både, hvad der tænkes om, og hvordan uddannelsen ser ud – men også de konkrete læringsforløb og processer – samt hvordan de studerende ser på sig selv.

Den formelle kliniske uddannelsesorganisering befinder sig ofte på afstand af den daglige vejledningspraksis. Et presset sundhedsvæsen udfordrer mange steder opretholdelsen af en klinisk læringskultur, hvilket betyder, at den daglige vejledning og progressionen i den samlede uddannelse ikke er så velfungerende, som man kunne ønske. Det synes således at være høj grad af tilfældighed, der afgør, om man som studerende får et godt eller et mindre godt klinisk uddannelsesforløb – og dermed også, om man udvikler en professionsidentitet som sygeplejerske – eller om der i stedet bliver tale om en afvikling af den spirende professionsidentitet, som peger i retning af en fremtid uden for sygeplejen.

Rapporten kommer med sit bud på, hvad der karakteriserer god klinisk vejledning og foreslår en begrebsmæssig skelnen mellem situationel- og metavejledning for derigennem at kvalificere diskussionerne af klinisk vejledning. Den velorganiserede og velbeskrevne kliniske uddannelse betyder, at metavejledningen står stærkest i uddannelsen, men at mange studerende savner progression og kvalitet i den situationelle vejledning, der finder sted som led i gennemførelsen af sygeplejen tæt på patienten.

En del daglige vejledere synes ikke at være tilstrækkeligt kvalificerede eller at have den fornødne interesse eller overskud i hverdagen til at lære fra sig, og de mange skift af vejledere, som de studerende oplever, vanskeliggør et sammenhængende, progredierende læringsforløb.

Den pædagogiske kvalitet af vejledning har, ikke overraskende, stor betydning for de studerende, deres læring og det samlede læringsforløb. Men også relationen til de øvrige kollegaer har stor betydning. Det er en udfordring, at de studerende i ganske mange kliniske kontekster ikke reelt inviteres ind i de sygeplejefaglige fællesskaber og dermed ikke kan høste de læringspotentialer, der findes der.

PÅ TVÆRS er gennemført med udgangspunkt i en projektklasse, der som konsekvens af projektet er fulgtes ad gennem hele deres uddannelsesforløb. Derved er det blevet tydeligt, hvordan oplevelsen af ”at høre til” i en gruppe er meget afgørende for de studerendes læringsudbytte og motivation – og som en form for relationelt bolværk mod de mange skift i undervisere, vejledere og personalegrupper, der ofte kendetegner uddannelsen. Der kan være store lokale forskelle, men en ordinær sygeplejerskeuddannelse på Københavns Professionshøjskole rummer ikke i samme grad denne mulighed for at danne et klassefællesskab, der består gennem hele uddannelsesforløbet. En af projektets anbefalinger er derfor, at uddannelsesorganiseringen gentænkes med henblik på at give de studerende mulighed for at indgå i kontinuerlige læringsfællesskaber. Formentlig vil ikke kun læringsudbyttet, men også frafaldsudfordringen kunne afhjælpes ad denne vej.

De øvrige anbefalinger handler om at anerkende og arbejde eksplicit med kontekstens betydning for de kliniske læringsprocesser, samt at der bør skabes rum til de studerendes udvikling af en professionsidentitet inden for rammerne af uddannelsen. Sidstnævnte vanskeliggøres af den aktuelle uddannelsesestænkning, idet professionsidentiteten ikke matcher tænkningen i viden-færdigheder og kompetencer. Det anbefales derfor, at der etableres andre typer af refleksionsrum og -praksisser end de, der er knyttet til etablerede læringsmål.

Projektet ser en tendens til, at de studerende træder ind i uddannelsen med en motiveret orientering mod sygeplejen, men at det for ganske

mange er vanskeligt at fastholde og videreudbygge denne undervejs i uddannelsesforløbet. For mange studerende svækkes oplevelsen af at ville noget med og i sygeplejen og erstattes af et ønske om at finde en ansættelse, hvor kollegerne er søde og arbejdsmiljøet godt. Vi tilskriver denne ”afmatning” af professionsorienteringen det mindre vellykkede kliniske uddannelsesforløb – ganske som vi ser, at det er det gode kliniske uddannelsesforløb, der er hovedårsagen, når de studerende udvikler sig ind i sygeplejen og sigter mod at blive en del af plejen i en bestemt sektor eller et specialiseret afsnit.

Så hvad fortæller PÅ TVÆRS om det gode kliniske uddannelsesforløb? Svaret er på den ene side uhyre komplekst og på den anden side ret enkelt. Det enkle svar er: Det gode kliniske læringsforløb finder sted på et kliniksted, hvor plejen har en standard, som sygeplejerskerne kan stå inde for, og som de studerende etisk kan forsvare. Der er et godt kollegialt arbejdsmiljø, og den studerende inviteres ind i det faglige fællesskab, hvor der er en stærk generel læringskultur. Det gode kliniske læringsforløb fordrer, at den studerende har adgang til at udføre klinisk arbejde og støttes til at udvikle sin faglighed igennem kontinuerlige vejlederrelationer og i vekselvirkning mellem situationel- og metavejledning. Derudover støttes læreprocesserne gennem respektfulde feedbackformer, hvor kolleger stiller sig til rådighed som faglige samtalepartnere.

En godt klinisk læringsforløb og udviklingen af en positiv professionsidentitet fordrer en klinisk læringskultur, hvor man som studerende føler sig velkommen, hvor man får lov at udvikle sine kompetencer i en hastighed, hvor man kan følge med, men hvor det samtidig ikke går for langsomt eller helt i stå. Den kræver kolleger, der ikke ser en som en belastning, men som en kommende kollega, der skal hjælpes på vej ind i det faglige fællesskab. Det lyder enkelt. PÅ TVÆRS har vist, at det er det ikke.

Jeg og mine tre studiekammerater er lige trukket i den hvide uniform. Vi lister hen til vagtrummet, hvor vi skal mødes med vores kliniske vejleder, som foreslår, at vi går en runde på afdelingen, så vi nogenlunde kan finde rundt. Vi ved i forvejen, at vi er inddelt i forskellige teams. Jeg skal være i team 3.

Team 3 er det første sted, vi stopper på vores rundvisning. Der forsvinder vores kliniske vejleder ind på stuen til nogle kolleger for at komme ud til mig og sige, her må du gerne være med, så smut bare ind. Fedt, tænker jeg, men hov, hvad skal jeg egentlig? Jeg står lidt og observerer for at finde ud af, hvem og hvad vi har med at gøre. Det finder jeg hurtigt ud af. Patienten er en ældre kvinde, der er blevet opereret og har ligget i afdelingen i to uger. Hun er meget langt væk pga. medicin og ligger uroligt i sin seng, så jeg tager hende i hånden mens sygeplejersken, jeg skal følges med, giver hende medicin i CVK-et. Han kigger på mig og nikker godkendende, som om det er i orden, at jeg tager del i plejen og omsorgen. Det er så rart, for så føler man ikke, man står i vejen for det andet personale. Jeg får lov til at udføre personlig pleje og give patienten rent tøj på sammen med sygeplejersken. Da jeg har været på stuen ca. halvtime, kommer fysioterapeuten for at træne med patienten. Sygeplejersken siger til fysioterapeuten, at jeg gerne vil hjælpe med ved træningen. Yes!, tænker jeg. Fedt, at jeg får lov til at være med lige fra starten. Men jeg får også et lille jag af nervøsitet.

Da træningen er færdig, bliver patienten sat i en lænestol, og jeg er alene med hende. Vi taler sammen. Hun er konfus, men tryk ved mig. Det er en rar følelse. Vi griner, og hendes pårørende kommer ind; de er virkelig glade for at se deres mor og mormor grine og være til stede, for de to sidste dage har hun slet ikke kunnet kommunikere. Jeg præsenterer mig som sygeplejestuderende, fordi de allerede er begyndt at stille spørgsmål til hendes behandling og helbred. De er forstående og synes, det er dejligt, jeg er hos deres mor.

Jeg kunne ikke have haft en mere positiv første dag. Sygeplejersken, jeg gik med, tacklede patienten med god energi og godt humør, selvom patienten ikke forstod, hvad der foregik. Jeg tror, det var hans energi, der fik mig til at føle mig sikker og tilpas og derfor kunne deltage så meget i denne patient. (Klinisk dagbog, modul 1, Christine, studerende i PÅ TVÆRS)

Beretningen om den første dag ”i klinik” er skrevet af en af de studerende, der har været en del af projekt PÅ TVÆRS. Den giver et indblik i de tanker og følelser, mange sygeplejestuderende har, når de møder klinisk praksis for første gang: Nervøsiteten og glæden ved at blive direkte involveret i sygeplejen til patienten. Følelsen af at blive anerkendt for sin indsats og oplevelsen af at være betydningsfuld for patienten. Tilfredsstillelsen ved at være i stand til at etablere en relation til patienten.

Udsagnet fra Christine siger noget vigtigt om PÅ TVÆRS-projektet; nemlig at den tætte vejledning og sparring fra en både pædagogisk og sygeplejefagligt dygtig sygeplejerske har afgørende betydning for den læring, der kan ske. Samtidig er den konkrete læring, som PÅ TVÆRS-projektet især bringer viden om, indlejret i bestemte strukturer og institutionelle sammenhænge; noget vi kalder læringsbetingelser. Her er patientstuen, pårørende, patienter, principper om personlig hygiejne centralt – men også bredere bestemte professionsforståelser og forventninger, bestemte hospitalsnormer, magtrelationer, og alt det har betydning for læringen og den studerendes mulighed for at udvikle sig. Det er alt dette, vi med denne rapport vil sige noget om. Men inden vi når dertil nogle få ord om selve rapporten.

Rapporten – en læsevejledning

Denne rapport beskriver projektet PÅ TVÆRS, som har undersøgt læring i praksis og de læringsbetingelser, hvorunder læringen sker. Det er resultaterne af, hvad de enkelte eksperimenter hver for sig og tilsammen har vist om læring og betingelserne for læring, men også bredere; hvad der på baggrund af eksperimenterne og det at følge udvalgte studerendes læringsprocesser over tid kan sige om læring i praksis.

I introduktionskapitlet beskriver vi selve PÅ TVÆRS-projektet og dets aktører og indsatser.

Efter introduktionskapitlet følger et kapitel, der kontekstualiserer PÅ TVÆRS. Dette for at give læseren et billede af, hvad PÅ TVÆRS skriver sig ind i uddannelsespolitisk, forskningsmæssigt og historisk. Vi bruger

rammesætningen for at formulere det formål, vi har haft med PÅ TVÆRS-projektet.

Kapitel 3 beskriver, hvordan vi har arbejdet med en eksperimenterende tilgang til uddannelsesudvikling og forskning, og især hvordan vi har arbejdet med de studerendes stemme, og hvilke betydninger dette har haft.

Derefter går vi i kapitler 4-8 tæt på de fire konkrete eksperimenter, hvor vi både beskriver, hvordan de hver især er forløbet, og hvad vi har lært af at udføre dem.

I kapitel 9 bliver følgeforskningens metodologi beskrevet som optakt til de fire analyser, vi præsenterer i denne rapport. Disse analyser udgør selvstændige kapitler: 10-13. I det sidste kapitel, 14, konkluderer vi samlet på projektet, og vi har valgt at formulere konklusionen som nogle anbefalinger til, hvordan man styrker de studerendes læreprocesser i klinisk praksis.

Rapporten beskriver PÅ TVÆRS-projektets vigtigste indsigter. Foruden slutrapporten har projektet også ført til en række forskningspublikationer, som er oplistet sidst i rapporten. På nuværende tidspunkt arbejdes på yderligere 2-3 artikler.

Formålet med rapporten er at formidle resultaterne af projektet til en bred gruppe af uddannelsesinteresserede, som både kan være andre forskere på feltet, uddannelsesplanlæggere i såvel teori som klinik, undervisere og vejledere samt studerende.

Rapporten er for størstedelens vedkommende udarbejdet af følgeforskerne Sine Lehn-Christiansen og Mari Holen med indspil fra projektleder Betina Wilhjem, eksperimentlederne Bolette Holck, Bettina Voergaard Poulsen, Anne Frandsen og Lis Suhr, der har forfattet kapitler 4-7 med indspil og sparring fra følgeforskerne. Rapporten bygger på projektets statusrapporter, hvor tidligere projektleder for supervisionseksperimentet, Anette Sørensen, har været forfatter. Det er følgeforskerne, der har ansvaret for den endelige rapports konklusioner og anbefalinger. PÅ TVÆRS-studerende Line Højlund har bidraget med sin beretning om være sygeplejerske-studende i kontekst af PÅ TVÆRS.

Hvordan det hele startede

Startskuddet til projektet ”Sammenhæng på tværs i fremtidens sygeplejerskeuddannelse”(PÅ TVÆRS) fandt sted i 2013, da gruppen af klinisk uddannelsesansvarlige sygeplejersker på Rigshospitalet (KURS) fik ideen til at arbejde med at skabe bedre sammenhæng i klinisk læring og udvikle de sygeplejestuderendes kliniske kompetencer og professionsidentitet på tværs af sektorer. De uddannelsesansvarlige sygeplejersker udviklede et særligt uddannelsesforløb med fire forskellige pædagogiske eksperimenter:

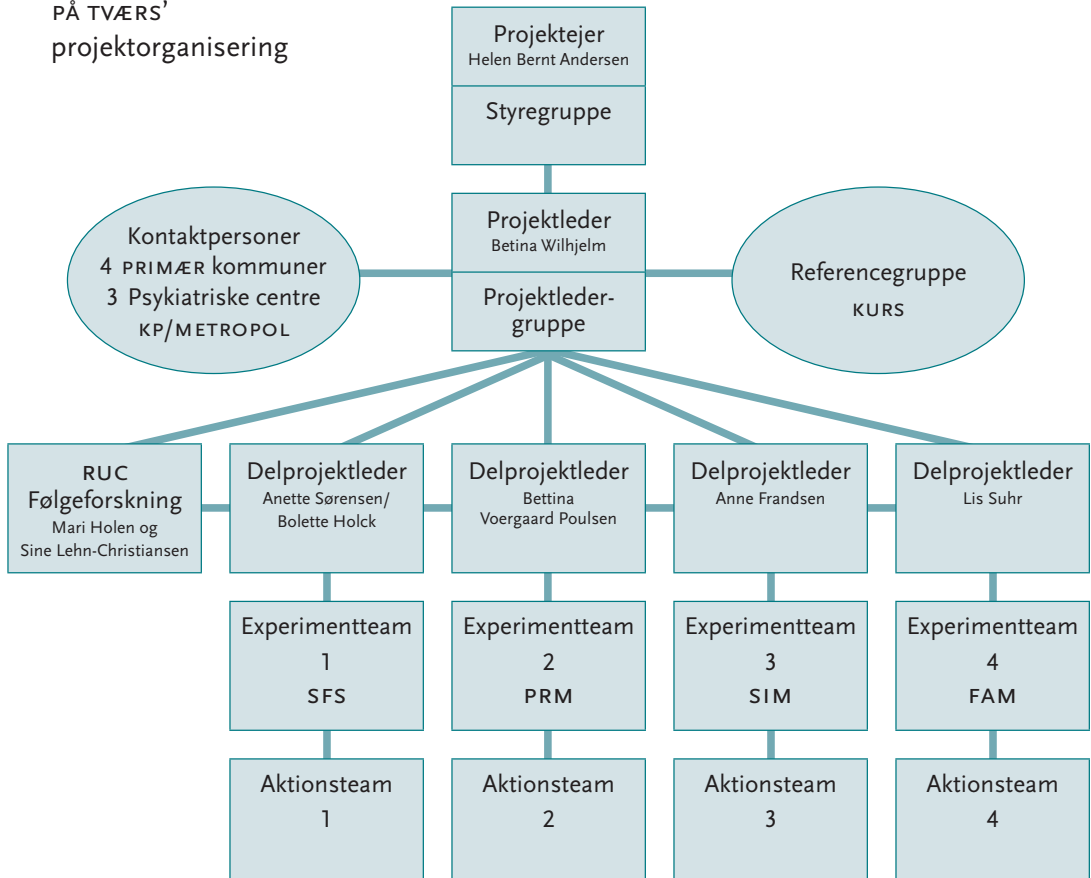
- Sundhedsfaglig supervision (SFS)
- Den Pædagogiske Refleksions Model (PRM)
- Simulation og klinisk færdighedstræning (SIM)
- Medicinhåndtering og farmakologiske kompetencer (FAM).

Idéen var, at hvert eksperiment skulle have aktiviteter, kaldet aktioner, i alle kliniske perioder, og derfor blev der tidligt i processen tilknyttet uddannelsesansvarlige sygeplejersker fra fire kommuner og psykiatriens tre centre. Pointen var at følge de studerendes samlede læringsforløb fra de første korte praktikker – til de lange kliniske perioder i forskellige sektorer og kliniske settings. Fire eksperimentteams, med deltagelse af samarbejdspartnere fra somatik, primær, psykiatri og Københavns Professionshøjskole (tidligere Professionshøjskolen Metropol), fik til opgave at udvikle og gennemføre eksperimenterne.

Projektklassen

Projektklassen bestod af 40 studerende fra Københavns Professionshøjskole (tidligere Professionshøjskolen Metropol) med uddannelsesstart 1. september 2015. Sammensætningen i klassen fulgte en generel fordeling af studerende (i alderen 19-52 år) af uddannelsesmæssig baggrund, hvor andelen af mænd (33 kvinder og 7 mænd) var noget højere end lands gennemsnittet (7-9% af en årgang), fordi skolen vælger at samle de mandlige studerende i nogle klasser. Der var ikke taget særlige hensyn til projektet i valget af klasse, og projektklassen havde de samme rettigheder

PÅ TVÆRS' projektorganisering



Navnene på deltagerne i PÅ TVÆRS' styregruppe, projektledergruppe, referencegruppe eksperiment- og aktions-teams samt kontaktpersonerne i de fire primære kommuner og tre Psykiatriske Centre ses i rapportens Appendix.

og fulgte de almindelige regler, som var gældende for studerende i ordinære forløb.

Ud af de 40 studerende, der begyndte i projektklassen i 2015, dimitterede 19 som planlagt i januar 2019. Yderligere én studerende færdiggjorde sin uddannelse juni 2019, mens fire forventes at færdiggøre i løbet af 2020. De resterende studerende tog enten orlov, blev overflyttet til anden professionshøjskole eller afbrød uddannelsen for at søge et nyt studie eller tage arbejde.

De 19 studerende, der dimitterede i januar 2019, repræsenterede et karaktergennemsnit efter 6. semester på 10.0 og efter 7. semester på 10.05. Til sammenligning var gennemsnittet blandt alle der dimitterede i januar 2019 på Københavns Professionshøjskole 8,73.

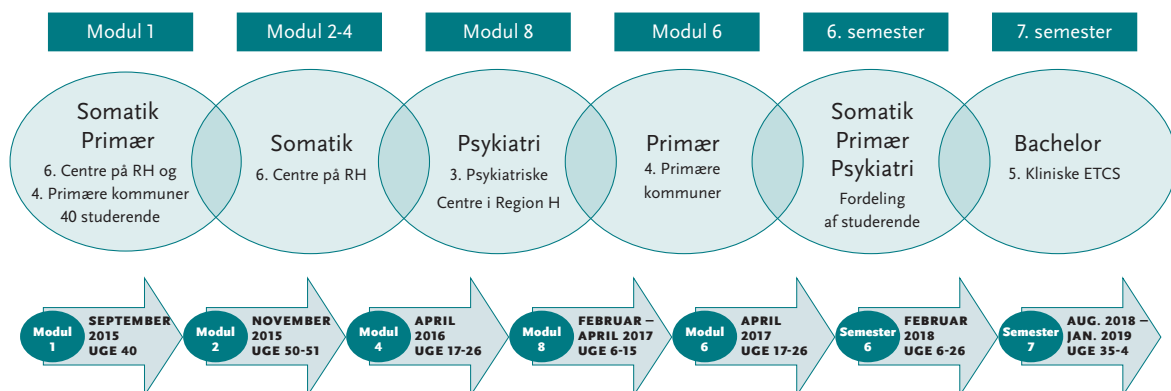
De studerende i projektklassen blev informeret skriftligt om PÅ TVÆRS inden deres officielle uddannelsesstart. De fik muligheden for at blive overflyttet til en anden ordinær klasse og blev også informeret om, at de til enhver tid og uden konsekvenser for deres uddannelsesforløb, kunne forlade projektet. Informationen om projektet er løbende fulgt op af mundtlig information fra den underviser, der var tilknyttet holdet på modul 1 og 2, samt projektleder.

De studerende underskrev samtykkeerklæringer i forbindelse med studiestart. Her gav de tilladelse til, at projektet og forskerne kan gøre brug af data vedr. optag, eksaminer osv. I henhold til de ændrede GDPR-regler blev samtykkeerklæringer mod projektets afslutning opdateret og genunderskrevet.

Uddannelseseksperimenterne

PÅ TVÆRS har arbejdet med fire forskellige uddannelseseksperimenter. Eksperimenterne er gennemført i de kliniske perioder gennem hele uddannelsen, dog med undtagelse af Supervisions-eksperimentet, der er gennemført både i teoretiske og kliniske undervisningsperioder.

Uddannelsesflow for PÅ TVÆRS projektklassen



Vi kalder sommetider eksperimenterne for metoder, fordi nogle af dem udgøres af en pædagogisk metode (fx simulation), ligesom flere af eksperimenterne rummer en eller flere pædagogiske metoder (fx sundhedsfaglig supervision). Når vi også bruger termen ”eksperimenter”, er det for at understrege, at vi har været undersøgende på, hvad de har kunnet og ikke kunnet i relation til de studerendes læring.

EKSPERIMENT 1:

Sundhedsfaglig supervision (SFS)

Eksperimentet har tilbudt PÅ TVÆRS-klassen supervision igennem hele deres uddannelse. I løbet af projektet gennemførte gruppen af uddannede sundhedsfaglige supervisorer i alt 21-23 supervisionssessioner af ca. to timers varighed med grupper af 6-8 studerende (ca. 2 supervisioner pr. semester i de teoretiske semestre og op til 4 i de kliniske semestre). Sundhedsfaglig supervision foregår som en struktureret samtale mellem en sundhedsfaglig supervisor og gruppen af studerende, der forholder sig til det faglige og det relationelle i en given professionel problemstilling. Ideen er at skabe rum og ro til refleksion over klinisk praksis og til at gøre erfaringer til genstand for refleksion, for at integrere dem som viden i den professionelle praksis fremadrettet.

EKSPERIMENT 2:

Den Pædagogiske Refleksions Model (PRM)

Eksperimentet har arbejdet med en refleksionsmodel til at understøtte og kvalificere kliniske beslutninger gennem inddragelse af patientens perspektiv og integration af forskellige typer af viden og perspektiver. Modellen er tidligere udviklet i Rigshospitalets Hjertecenter. De studerende blev introduceret til modellen allerede tidligt i uddannelsen og har arbejdet med den i alle kliniske moduler/semestre, understøttet af de kliniske vejledere og undervisere. Som en del af eksperimentet gennemførte projektet certificeringer af kliniske vejledere og undervisere fra alle de kliniske uddannelsessteder, som indgik i PÅ TVÆRS-projektet.

EKSPERIMENT 3:**Simulation og klinisk færdighedstræning (SIM)**

PÅ TVÆRS klassen har fået simulationstræning i forbindelse med alle kliniske perioder fra modul 2 i 1. semester til slut 6. semester. Simulations-træningen er blevet gennemført i grupper på 5-10 studerende, som sammen med en facilitator gennemgår et klinisk scenarie, hvor nogle af de studerende har rollen som patient, og andre har det som fagprofessionelle. Underviserne spiller øvrige roller. Facilitator har på forhånd udarbejdet en plan for scenariet, som kobler sig til relevante læringsmål; scenariet udspiller sig dog forskelligt afhængig af, hvordan de studerende agerer i scenariet. Efter gennemspilning faciliteres en debriefing-seance, som er en struktureret form for refleksion og feedback med udgangspunkt i læringsmålene for scenariet. Debriefingen bidrager til, at de studerende ser alternative perspektiver og handlemuligheder relateret til scenariet.

EKSPERIMENT 4:**Medicinhåndtering og farmakologiske kompetencer (FAM)**

Eksperimentet har fokuseret på medicinhåndtering og farmakologiske kompetencer med en række aktioner. Allerede på modul 1 fik projektklassen til opgave at observere medicinhåndtering i den allerførste kliniske praktik på syv dage. Eksperimentet har også involveret udarbejdelse af vejledningsmateriale til kliniske vejledere og undervisere, for at klæde dem på til, tidligt i uddannelsen, at understøtte farmakologiske kompetencer. Eksperiment 4 har været integreret i eksperiment 2 og 3 ved at udvælge medicinhåndtering som fokusområde i simulationsscenarier eller som refleksionselementer i PRM-modellen.

Fire forskellige eksperimenter

De fire eksperimenter har forskellig karakter. SFS retter sig mod refleksiv bearbejdning af oplevelser i klinikken og identitetsmæssige aspekter af klinisk praksis og læring. PRM er en refleksionsmodel, der retter sig mod klinisk beslutningstagen og mod at vidensbasere denne. SIM fokuserer på

både kliniske og kommunikative færdigheder samt kompetencer i et simuleret klinisk scenarium, mens FAM sigter mod at kvalificere et særligt aspekt af klinisk praksis, nemlig de studerendes medicin håndtering og farmakologiske kompetencer.

Både indholdsmæssigt og pædagogisk er der således tale om fire meget forskellige eksperimenter. Fx foregår supervisionen uden for det autentiske kliniske læringsrum og har fokus på refleksioner over praksis. Simulation etablerer et tredje læringsrum med fokus på refleksioner over nogle på forhånd konstruerede lærings-scenarier, som har til hensigt at lære de studerende bestemte færdigheder og kompetencer (fx temperaturmåling og patientinddragelse). PRM-eksperimentet kobler sig først og fremmest til autentiske lærings-situationer og kan bruges forud for, under eller efter patientsituationer.

FAM kombinerer, som det eneste eksperiment, en form for skriftlighed (logbog) og kliniske kompetencer (medicin).

Eksperimenterne er valgt af de klinisk uddannelsesansvarlige på Rigshospitalet på baggrund af deres lange erfaringer med udvikling og gennemførsel af klinisk uddannelse og på baggrund af de krav, fremtidens sygeplejestuderende forventes at skulle leve op til. Nogle eksperimenter er valgt, fordi de er forskningsmæssigt velbeskrevet, og aktørerne havde gode erfaringer med metoden og ønskede at udbrede den i uddannelsen, mens andre er kommet med i projektet fordi metoden alligevel stod for at skulle implementeres i uddannelsen. Sidstnævnte gælder bl.a. FAM, hvor der over længere tid har været et udviklingsarbejde i gang i Region H omkring Logbog i medicin håndtering, som projektet har været idé- og medudvikler af.

Aktioner

De enkelte eksperimenter og deres respektive aktioner har været kerneaktiviteten i PÅ TVÆRS. For at sikre, at eksperimenterne ikke blot forløb som selvstændige projekter, men derimod fungerede som delelementer i en mere samlet bestræbelse på at skabe sammenhæng og mere kvalitet i læringen, har vi udviklet og gennemført en hel række af aktioner, der har

kørt på tværs af eksperimenterne, bl.a. forskellige former for forskningsværksteder og workshops – både internt i projektledergruppen og med forskellige aktører, ligesom det samlede forløb har været gjort til genstand for tilbagevendende introduktionsseancer, Delphi-evalueringer og tematiseringer i fokusgruppeinterviews. Vi vil her kort beskrive de aktiviteter som vi har gennemført i PÅ TVÆRS-projektet. Oversigt over samtlige aktioner er at finde i bilag A.

Modul 1+2 (1. semester)

På modul 1+2 blev de studerende introduceret til PÅ TVÆRS-projektet og de fire eksperimenter. Vi startede supervision op med to seancer på modul 1 og tre seancer på modul 2. I forbindelse med den korte kliniske periode på 14 dage i modul 2 (somatik) blev der introduceret til PRM-modellen, stillet reflekterende spørgsmål til medicinhandling samt lavet det første SIM-scenarie i grundlæggende observationer og patientkommunikation.

Modul 3 + 4 (2. semester)

På det teoretiske modul 3 gennemførte vi alene supervision (1 seance). På modul 4 kom de studerende ud i deres første lange kliniske forløb (10 uger) i somatik (alle på RH), hvor de modtog supervision i tre seancer. De studerende arbejdede med PRM-modellen i 2 planlagte kollektive refleksioner, faciliteret af de kliniske undervisere i afdelingerne og udstyret med PRM-modellen i lommen til eget brug. De blev introduceret til medicinlogbogen, som et redskab til at reflektere over medicin og systematisk op-søge viden om medicin. I SIM-eksperimentet gennemførte de studerende færdighedstræning omkring personlig pleje og et simulationsscenario med fokus på klinisk vurdering med ABCDE-principper og inddragelse af patientens ønsker og behov.

Modul 5 + 7 (3. semester)

Begge moduler var teoretiske, og vi gennemførte supervision én gang i hvert modul.

Modul 8 + 6 (4. semester)

I modul 8 var de studerende i klinik i psykiatrien og i modul 6 i en primærkommune. Begge kliniske perioder forløb over 10 uger. De studerende modtog supervision i begge moduler, to gange i hvert modul. Mange kliniske vejledere og undervisere i både psykiatri og primærkommunerne var forud for den kliniske periode certificeret i PRM-modellen, som derfor blev brugt i refleksionsøvelser som en del af klinikkerne. Vi valgte derudover at arrangere to fælles seminarer med fokus på tværsektorielt samarbejde, hvor de kliniske undervisere på tværs af sektorer udviklede et fælles simulations- og PRM-øvelseskoncept. Konceptet blev afprøvet med de studerende på en workshop som også indeholdt en fælles refleksion på tværs af studerende, kliniske vejledere og undervisere, forskere og klinisk uddannelsesansvarlige.

Uddannelsen overgik til semesterinddeling efter modul 8.

5. semester

Fortrinsvis teoretisk semester, hvor de studerende modtog en til to gange supervision hver, efter eget valg. PÅ TVÆRS foretog en undersøgelse af de studerendes status mht. de studerendes oplevede sikkerhed i kliniske færdigheder, og vi valgte på den baggrund, at tilbyde klassen ekstra undervisning i farmakologi i forhold til medicinregning. Vi tilbød også færdighedstræning i hhv. ernæring og mundpleje (sondeanlæggelse), urinvejene og blærekateteranlæggelse, respiration og cirkulation samt sårpleje, -behandling, -observation og -vurdering, som de studerende fra projektklassen frit kunne melde sig til. Langt de fleste studerende valgte at tage imod tilbuddene.

6. semester

I dette semester var projektklassen i klinik i 20 uger i hhv. primærkommuner (2 studerende), psykiatri (2 studerende) og somatik (de resterende studerende, alle på RH). De modtog supervision fire gange i løbet af semesteret. Langt de fleste studerende brugte nu aktivt PRM-modellen i plejesituationer, hvor der skulle træffes beslutninger, ligesom PRM blev

brugt i en simulationsaktion med fokus på sektorovergange og sammenhængende patientforløb. På 6. semester valgte vi, som på modul 8/6, at gennemføre en fælles workshopdag på tværs af studerende, kliniske vejledere, undervisere/uddannelsesansvarlige og forskere, hvor vi sammen reflekterede over sammenhængende forløb på tværs af sektorer.

7. semester

Dette semester var teoretisk, hvor de studerende bl.a. skrev deres bacheloropgaver. Nogle studerende modtog supervision gennem semesteret to gange efter eget valg. Som afslutning på 7. semester og projekt PÅ TVÆRS gennemførte vi en festlig afslutningskonference med alle involverede aktører, hvor alle fik mulighed for at præsentere den læring, der var kommet ud af projektet. Afslutningskonferencen blev afsluttet med diplomoverrækkelse til de studerende med efterfølgende fest om aftenen.

Etiske overvejelser

Ud over de formelle etiske forholdsregler har den etiske dimension også været genstand for kontinuerlige diskussioner mellem følgeforskere og projektledergruppe. Dette har været helt nødvendigt, idet forskellige etiske problemstillinger og fordringer løbende har gjort sig gældende (Brinkmann 2010; Øye, Soerensen og Glasdam 2015). Det er vigtigt at sikre, at den viden om de studerende, som projektet genererer, behandles etisk forsvarligt, og at projektet i sin helhed ikke har negative følgevirkninger for de studerende eller deres uddannelsesforløb. Vi har i projektorganisationen løbende diskuteret de etiske problemstillinger, som opstod, og hvordan vi bedst muligt har kunnet sikre, at det efterhånden store materiale, der indeholder data om de studerende, ikke flød frit mellem forskellige projektaktører.

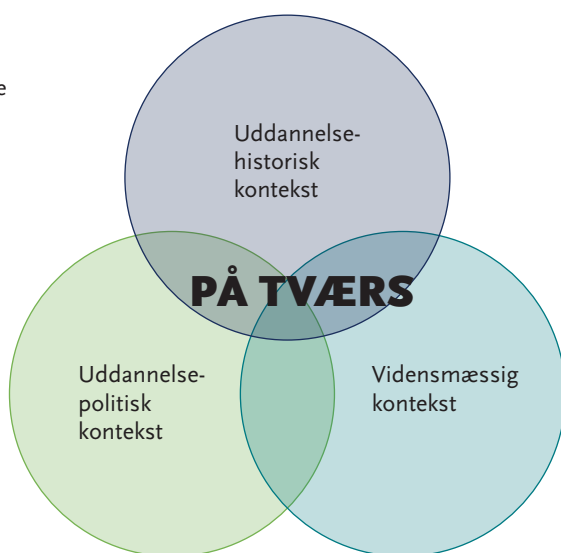
Der har også været etiske hensyn at tage i relation til de øvrige projektdeltagere, hvoraf nogle har tætte ansættelsesmæssige relationer, ligesom der kan være andre typer af magtrelationer på spil. Interview- og observationsempiri, produceret af følgeforskerne, er behandlet fortroligt og kun videreformidlet i anonymiseret form – således også i rapporten her.

Hvorfor PÅ TVÆRS?

2

Hvorfor blev PÅ TVÆRS søsat? Spørgsmålet er vigtigt, og vi vil i det følgende besvare det ved at skitsere tre kontekster, som har været med til at legitimere og forme projektet (figur nedenfor).

PÅ TVÆRS' uddannelses-
historiske, uddannelsespolitiske
og videnskæssige kontekst.



Den uddannelseshistoriske kontekst

Fra midten af 1800-tallet blev der rundt om i de vestlige lande taget initiativer til at skabe formaliserede uddannelser af kvinder til at varetage pleje af syge (Frederiksen 2005). Ønsket var at få en bedre uddannelse. De første sygeplejerskeuddannelser foregik som en praktisk uddannelse i den hospitalsafdeling, man ansattes i (145). Man kan derfor tale om, at den første sygeplejerskeuddannelse var en praktikuddannelse med sparsom

teoretisk undervisning, ofte placeret som en form for ”forskole”. I løbet af første halvdel af 1900-tallet dannede hospitaler forskellige sygeplejerskeuddannelser, der i varierende grad lagde vægt på teoretisk undervisning. Det var den kliniske oplæring, som var i centrum, og sygeplejeeleven indgik i den daglige drift.

Uddannelsen formaliseres

I 1957 kom den første formaliserede sygeplejerskeuddannelse i Danmark. Der indførtes formaliserede prøver i både teori og praksis, og hvad klinik angår, egentlige læringsprogrammer og krav om praktikker i forskellige medicinske specialeområder. (*Sundhedsstyrelsen. Cirkulære til sygeplejerskoler m.m. af 1. juni*, København: Sundhedsstyrelsen 1957). Fra 1957 og op til i dag kan man tale om tre perioder i forhold til synet på læring i praksis og tilrettelæggelse af klinisk læring.

Udviklingen af sygeplejerskeuddannelsen kan opdeles i tre perioder:

1957-1990: Elevuddannelse

1990-2001: Mellemlang videregående uddannelse

2001-: Professionsbachelor i sygepleje

Den første formaliserede sygeplejerskeuddannelse i Danmark var en 3½-årig lønnet elevuddannelse, hvor eleverne blev ansat på hospitalerne og indgik i normeringen. Uddannelsen var en vekseluddannelse mellem teori og praktik. Den oprindelige fordeling mellem teori og praktik var 35% teori og 65 % praktik. Den teoretiske undervisning indgik, som noget nyt, i ”arbejdstiden”. Der blev dog først og fremmest lagt stor vægt på udvikling af de praktiske færdigheder. Eleverne skulle have været ét år i huset inden uddannelsesstart, så de havde praktiske husmorkompetencer fra starten kunne være en arbejdskraft i afdelingerne. Uddannelsen i praktik var baseret på et mesterlæreprincip, men med egentlige læringsprogrammer, som angav, hvad eleverne skulle lære på de forskellige praktik-

afdelinger. Derudover kom der krav om at gennemføre praktikken i forskellige specialeområder (medicin, kirurgi osv.), hvor psykiatrisk sygepleje (på sindssygehospitalet) var obligatorisk, og hjemmesygepleje blev anbefalet (Kgl. Anordning om sygeplejeuddannelsen samt tilhørende cirkulære, 1957). I 1976 revideredes uddannelsen, og fordelingen mellem praktik og teori blev ændret til 45% teori og 55 % praktik. Praktikken fik en dobbelt-status som arbejdsplads og uddannelsessted, og uddannelsen gennemførtes på flere praktiksteder, så eleverne fik en bred indføring i sygepleje.

Akademisering

1990 markerede begyndelsen på den anden periode. Med en ny bekendtgørelse stadfæstede den akademiseringsproces, der kan ses som et vigtigt led i selvstændiggørelsen af sygeplejefaget, idet teori og ikke mindst fagets egne teorier nu blev fuldt ud anerkendt som en forudsætning for at kunne udøve sygepleje; senere omtalt som ”akademisering” af sygeplejefaget. Uddannelsen blev ændret til en mellemlang videregående uddannelse. Man gik væk fra at bruge betegnelsen ”elev”, der blev erstattet af ”studerende” for at markere skiftet hen imod højere prioritering af den teoretiske læring. Dette gjaldt i første omgang kun i teori-perioderne, hvor de studerende fik SU, mens de stadig fik vederlag i praktikperioder og indgik som en del af arbejdsstyrken i afdelingen. I løbet af 1990’er kom der mere og mere fokus på klinikken med krav om, at også denne del af uddannelsen skulle planlægges ud fra pædagogiske og didaktiske teorier. De studerende skulle nu betragtes som studerende og ikke som arbejdskraft, når de var i klinik. I takt med denne udvikling blev de første praktikperioder gjort SU-berettiget. Denne udvikling foregik sideløbende med bestræbelserne på at gøre sygeplejefaget mere vidensbaseret. (Bekendtgørelse nr. 143 om sygeplejerskeuddannelsen 1990).

Kendetegnende for denne periode var således et skift fra elevuddannelse til studie. Uddannelsen var stadig placeret i fysisk nærhed af sygehusene som ”sygeplejeskoler”. For den kliniske del af uddannelse indebar det diskussioner af ”klinikens kvalitet” (Evalueringsrapporten 1996). Hermed problematiseredes de daværende amters rolle i forhold til at tage ansvar for uddannelserne og også klinikstedernes indflydelse på uddan-

nelsen. Endelig skete der i perioden en opgradering af den struktur, der rammesætter den kliniske del af uddannelsen med etablering af egentlige vejleder-stillinger i klinikken. Vejlederne fik ansvar for tilrettelæggelse og udførsel af praktik og vejledning af de studerende. Der var endnu ikke særlige krav til kliniske vejledere, men på mange kliniksteder etableredes korterevarende kurser med fokus på at orientere vejledere om den teoretiske del af uddannelse og på klinikens didaktik. (Evalueringsrapporten 1996). Reelt var de studerende dog stadig en del af arbejdskraften på afdelingerne, hvilket op igennem 90'erne resulterede i protester fra de studerende.

Uddannelsen bliver en professionsbachelor

I 2001 ændredes uddannelsen, i lighed med øvrige mellemlange videregående uddannelser, og den fik status af professionsbachelor (Bekendtgørelse nr. 232 om Professionsbachelor i sygepleje 2001). Dette skete i forlængelse af Bologna-deklarationen fra 1999, der også opererer med en BA/MA-struktur og opdeling af læring i kategorier af viden, færdigheder og kompetencer.

Daværende formand for Landssammenslutningen af sygeplejestuderende, Laila Mohrsen Jensen, udtalte i den forbindelse til Jyllands-Posten:

Praktikken vil ikke længere være jobtræning, men et sammenhængende forløb, hvor vi for eksempel kan følge en patient fra operation over genoptræning og hele vejen tilbage i kommunen. (Jyllands-Posten 2001)

Den praktiske del af uddannelsen kom til at hedde klinisk undervisning, måske for endnu tydeligere at udsende et signal om, at de studerende *ikke* skulle betragtes som arbejdskraft. Uddannelsen blev ECTS-baseret i lighed med andre akademiske uddannelser. I de følgende år blev der fokuseret på at beskrive det særlige ved læring i praksis. Der blev udviklet nye organisationsformer, fx studieunit-en. Uddannelsen blev efterfølgende revideret i 2008 og 2016 og senest i 2019 med henblik på at tilpasse uddannelsen til samfundets krav og sundhedsvæsenets udvikling. I dag er fordelingen mellem teori og klinisk undervisning 57,5 % teori og 42,5 % praktik.

I forbindelsen med ændringen af sygeplejerskeuddannelsen til professionsbachelor blev kravet til underviserne på de mellemlange videregående uddannelser, at de samlet set skulle have et kvalifikationsniveau, der lå højere end afgangsniveauet for uddannelsen (Undervisningsministeriet 2001) Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor. BEK nr.113 af 19/02/2001) Det udmønterede sig konkret i, at underviserne på professionshøjskolerne skulle have erhvervet en uddannelse på master- eller kandidatniveau. I den kliniske del af uddannelsen blev det anbefalet, at kliniske vejledere skulle erhverve sig en klinisk vejlederuddannelse på minimum 1/6 diplomniveau, svarende til 10 ECTS. (Undervisningsministeriet 2002). Bekendtgørelsen om uddannelse til klinisk vejleder til de mellemlange videregående sundhedsuddannelser. BEK nr. 497 af 20/06/2002). Det blev anbefalet, at kliniske uddannelsesansvarlige sygeplejersker i lighed med undervisere på professionshøjskolerne skulle have en master eller kandidateksamen.

I løbet af perioden organiseredes den kliniske uddannelse på Rigshospitalet og uddannelsessteder med en et underviserhierarki bestående af:

- Koordinerende klinisk uddannelsesansvarlig sygeplejerske (master/kandidatniveau)
- Klinisk uddannelsesansvarlig sygeplejerske (master/ kandidatniveau)
- Klinisk underviser (master/kandidatniveau)
- Klinisk vejleder (1/6 diplomniveau)
- Daglig vejleder (basissygeplejerske)

I dag har de uddannelsesansvarlige sygeplejersker på Rigshospitalet det overordnede pædagogiske og organisatoriske ansvar for den kliniske undervisning og samarbejdet med uddannelsesinstitutionerne. Kliniske undervisere er tilknyttet fx et oversygeplejerskeområde, en kommunal enhed eller et hospitalsafsnit, hvor de varetager klinisk undervisning for grupper af studerende. De har kun mulighed for at deltage i den direkte sygepleje sammen med de uddannelsessøgende i mindre omfang, da de kan have ansvar for op til 18 studerende.

Den kliniske vejleder er typisk ansat på det konkrete kliniske undervisningssted og indgår derfor oftest i normeringen. Termen ”daglig vejleder” bruges om sygeplejersker, der får ansvar for at følges med en studerende ved konkrete plejeopgaver.

Perioden fra 2001 og frem til i dag er således kendetegnet ved en yderligere formalisering af uddannelsens akademiske tilsnit, som nu også i høj grad gælder den kliniske del af uddannelsen. Der etableres egentlige eksaminer i klinikken (som ikke bare er af praktisk karakter, som fx de velkendte ”vaskeprøver”), der tager form af skriftlige opgaver besvaret på grundlag af teori og forsvaret ved mundtlig eksamen. Uddannelsesstederne arbejder med detaljerede beskrivelser af uddannelsesaktiviteter og læringsmål, og heri indgår også et teoretisk pensum. I beskrivelserne findes endvidere angivelse af forskellige studiemetoder og obligatoriske studieaktiviteter, som er aktiviteter, der ofte gennemføres ude af selve afdelingen.

Med klinikken som udgangspunkt

Sygeplejerskeuddannelsen har alle dage været koblet op på hospitalerne, men lige fra 1957 har der ligget en idé om, at praktikuddannelsen også skulle foregå i den kommunale og den psykiatriske sektor. I de sidste mange år har uddannelsen været statslig ejet og siden 2001 udbudt via professionshøjskoler (tidligere CVU’er). Det er professionshøjskolerne, der har ansvaret for den samlede uddannelse, og de koordinerer og samarbejder bl.a. med de kliniske undervisningssteder.

Hvis man ser tilbage på udviklingen af sygeplejerskeuddannelsen med et fokus på den praktiske/kliniske del, har der altid været krav om, at uddannelsen skulle udvikle gode kliniske færdigheder. Uddannelsen har altid været en vekslen mellem teori og praksis; blandt andet med en intention om, at de studerende skulle lære at koble teori og praktik. Der er krav om, at dimittenden kun kan autoriseres som sygeplejerske, hvis den studerende har været i klinik i bestemte specialer (fx medicinsk, kirurgisk) i løbet af uddannelsen (EU’s Anerkendelsesdirektiv).

Hvad der har ændret sig, er de studerendes status i afdelingerne (i hvert fald på papiret), som studerende og ikke som arbejdskraft – og der er sket

en formalisering og organisering af den klinisk uddannelse i kraft af ansættelse af sygeplejersker med særlige specialistfunktioner i forhold til uddannelse af sygeplejestuderende. Funktionen klinisk vejleder har fået et løntillæg, såfremt funktionen er fast og kliniske undervisere honores i kraft af deres akademiske uddannelsesniveau.

Den uddannelsespolitiske kontekst

Som det fremgår, har sygeplejerskeuddannelsen alle dage været en del af en uddannelsespolitisk kontekst; som ”velfærdsprofession” har indhold og udvikling i uddannelsen altid været genstand for politiske drøftelser, og det er ikke noget nyt, at uddannelsen forsøges tilpasset samfundsmæssige og politiske strømninger. I det følgende udpeger vi nogle af de uddannelsespolitiske kritikker, der har fået indflydelse på sygeplejerskeuddannelsen og for de tematikker, der står centralt i PÅ TVÆRS.

PÅ TVÆRS finder først og fremmest sin legitimitet i eksterne kritikker af den kliniske uddannelse i sygeplejerskeuddannelsen. Disse kritikker er mangfoldige, nogle gange modsatrettede, og går på alt fra krav om at optimere og kvalitetssikre den kliniske uddannelse (se fx Dansk Sygeplejeråd 2015; Danske Regioner og Dansk Sygeplejeråd 2013; Sundhedskartellet og Danske Professionshøjskoler 2014) henover krav om større sammenhæng mellem teori og praksis (se fx EVA 2006; Haastrup et al. 2013) til krav om, at nyuddannede sygeplejersker skal være mere arbejdsparate i forhold til at sikre større sammenhæng i patientforløb, der går på tværs af sektorer (se fx Danske Regioner og Dansk Sygeplejeråd 2013; Kommunernes Landsforening (KL) 2014). Præcis hvad ”arbejdsparathed” eller fremtidens krav specifikt indebærer, er der ikke altid enighed om eller klarhed over (der findes flere bud fx New Insight 2014; Next Practice – Udvikling af det nære sundhedsvæsen gennem bedre sundhedsuddannelser 2014; Sidsel Vinge 2010). Pointen her er ikke at fastslå, om disse kritikker er rimelige eller urimelige, men at påpege, at kritikkerne dels er udtryk for bestemte interesser, dels har en virkning, idet de har skabt et særligt behov hos uddannelsesaktørerne for at optimere den kliniske uddannelse af sygeplejersker, som PÅ TVÆRS kan ses som et svar på.

PÅ TVÆRS kan ses som et projekt, der skal vise handlekraft overfor eksterne kritikere (uagtet at disse kan opleves både rimelige og mindre rimelige) ved netop at fokusere på at løfte uddannelseskvaliteten på områder, der har været udpeget som utilstrækkelige, fx medicin håndtering og mere generelt kliniske færdigheder.

Gennem de senere år har behovet for uddannelse af flere sygeplejersker medført et politisk krav om øget dimensionering i sygeplejerskeuddannelsen. Dette har udfordret klinisk praksis i en sådan grad, at man i regi af Region Hovedstaden har måttet kigge på en omfordeling af kliniske uddannelsespladser sektorerne imellem samt placeringen af klinikuger på de enkelte semestre. Nye kliniksteder, som tidligere kun i mindre grad har været anvendt som klinikpladser; ambulatorier, invasive og noninvasive laboratorier, operations- og anæstesiafsnit og lignende indgår nu som fuldgældende klinikpladser for de sygeplejestuderende, hvilket indebærer store udfordringer for de ansvarlige med at tilrettelægge læringsforløb i relation til uddannelsens læringsudbytter. Dette er også sket som en naturlig følge af omstruktureringen i sundhedsvæsenet generelt. PÅ TVÆRS kan således også anskues som et modsvar til det pres, den kliniske uddannelse har været udsat for, samt en insisteren på at udvikle uddannelseskvaliteten gennem fokus på udvalgte kliniske kompetencer i kombination med et mere overordnet fokus på professionsidentitet som et væsentligt, men også lidt overset aspekt af uddannelsespraksissen.

Ambitionen med PÅ TVÆRS har været at udvikle kvaliteten af klinisk sygeplejerskeuddannelse på tværs af sektorer og derigennem sikre uddannelsen af kompetente sygeplejersker med en stærk professionsidentitet, som var parate til at varetage en bred vifte af sygeplejeopgaver og -funktioner i sundhedsvæsenet efter endt uddannelse.

Den videnskæssige kontekst

Forskningsmæssigt skriver PÅ TVÆRS sig ind i et forskningsfelt med snitflader til både uddannelses-, sygepleje- og professionsforskningen. Vi vil derfor i det følgende ganske kort præsentere udvalgte centrale træk af den viden, der allerede findes, med det formål at tydeliggøre, hvordan PÅ TVÆRS både trækker på og føjer sig til den videnskæssige kontekst. Følgende er ikke en udtømmende beskrivelse af al den viden, som vi har forholdt os til i løbet af projektperioden; vi har valgt at opridse udvalgte bidrag fra den nyere danske forskning, som vi har været inspireret af, og som vi ser som relateret til det arbejde, vi har lavet. Den forskningsmæssige viden, der hovedsageligt knytter sig til de enkelte eksperimenter, præsenteres i sammenhæng med eksperimenterne og deres resultater.

PÅ TVÆRS er ikke det første forsknings- og udviklingsprojekt, der arbejder med pædagogikken i sygeplejerskeuddannelsen. Det såkaldte E-klasseprojekt (Borgnakke 2014) ligner PÅ TVÆRS i den forstand, at det tager udgangspunkt i en særlig projektklasse og har fokus på klinikken som læringsrum. Projektet afprøver en erfaringspædagogisk tilgang i bestræbelsen på at løse udfordringen med sammenhæng mellem teori og praksis. I stedet for ”teori før klinik” afprøver projektet ”klinik før teori” som organiserende pædagogisk princip. Projektet konkluderer, at de studerende i E-klassen forholdsvis hurtigt tilegner sig en begyndende professionsidentitet gennem deltagelse i klinisk praksis. Endvidere peges på behovet for ikke kun at beskæftige sig med klinikkens socialiserende funktion, men ligeledes at fastholde et blik på læringen af kliniske færdigheder, der kan siges at udgøre et vigtigt element i forståelse af, hvad det vil sige at blive sygeplejerske. Man kan sige, at PÅ TVÆRS trækker på samme ide om klinikkens stærke identitetsskabende potentiale samtidig med, at der fokuseres på udvalgte kliniske kompetencer.

Et andet stort forsknings- og udviklingsprojekt er projektet ”Brobygning mellem teori og praksis i professionsbacheloruddannelserne”, der blev gennemført i 2009-12 i regi af KORA (Haastrup et al. 2013). Projektet fokuserer ikke kun på sygeplejerskeuddannelsen, men også på lærer-, pædagog- og diplomingeniøruddannelserne. Hovedfokus er spørgsmålet

om, hvordan uddannelserne kan udvikle relationer mellem teori og praksis, således, at de studerende oplever forløbet som mere lærerigt, og flere gennemfører.

Projektet, der taler ind i den teori-praksis-forståelse, som PÅ TVÆRS udfordrer, peger på, at teori-praksis-problemet næppe nogensinde finder en løsning, og at der i hvert fald ikke kan identificeres noget "quick fix" (Haastrup et al 2013, s. 8). Problemet har nærmere karakter af et vilkår, der kontinuerligt må arbejdes med. Det foreslås bl.a., at der etableres forskellige former for "tredje læringsrum", som bygger bro mellem teori og klinik eller andre forbindelser til klinisk praksis end klinisk undervisning. Man kan sige at eksperimenterne i PÅ TVÆRS på forskellig vis udgør sådanne "tredje læringsrum", og at de, udover at have et potentiale til at forbedre klinisk uddannelse isoleret set, også rummer et potentiale til at påvirke de studerendes oplevelse af deres samlede uddannelsesforløb. Samtidig viser PÅ TVÆRS, hvordan disse tredje læringsrum også rummer begrænsninger, og at man således bør være varsom med at sætte lighedstegn mellem den læring, der kan foregå her, og tæt på patient/borger. Erfaringerne fra PÅ TVÆRS peger ligeledes på faren ved at holde for fast i forestillingen om klinisk uddannelse som en praksis, hvor der mangler teori. PÅ TVÆRS viser, at de studerende møder store mængder teori og krav om teoretisk refleksion i de kliniske perioder, og behovet synes at være mere diskussion om, hvordan teori på bedst mulig vis understøtter den kliniske læring og de praksisudfordringer, som de studerende står overfor.

Læring og identitetsdannelse i klinisk uddannelse

PÅ TVÆRS har et ønske om at bidrage til en styrkelse af de studerendes professionsidentitet. Identitetsaspektet er også fremtrædende i bl.a. Malene Kjærs forskning. I sin ph.d.-afhandling (Kjær 2014) peger hun på, at identitetsdannelsesprocessen må ses som kropsligt situeret i praksis, i og med at studerende forholder sig gennem både sprog, krop, blik og med brug af artefakter til patient, klinisk vejleder og egen læringspraksis. Kjær beskriver disse som *multimodale interaktioner*, der må ses som væsentlige at beherske for de studerende i deres bestræbelser på at blive accepteret som legitime medlemmer af det kliniske praksisfællesskab. Kjær viser,

hvordan de studerende oplever klinisk praksis som ekstremt udfordrende og samtidigt vældigt givende, fordi det netop er i mødet med den kliniske praksis, at studerende lærer ”at gøre” sygepleje. Kjær peger desuden på, at de studerende vægter den konkrete situerede kontakt med både kliniske vejledere, kolleger og patienter frem for de teoretiske uddannelsesaspekter. Denne pointe er meget relevant i relation til PÅ TVÆRS, der på forskellig vis eksperimenterer med kombination af refleksion og artefakter som metoder i de kliniske forløb. Kjær finder, at sygeplejestuderende tillægger det ”at gøre noget” med artefakter i klinisk praksis som værende meget væsentligt i forhold til at blive sygeplejerske.

Linda Kragelund fokuserer i sin ph.d.-afhandling på sygeplejestuderendes læreprocesser i situationer, hvor de interagerer med psykiatriske patienter (Kragelund 2006). Kragelund peger på, at læringspotentialet i de studerendes interaktion med patienter ikke udnyttes tilstrækkeligt, idet hverken sygeplejestuderende eller deres kliniske vejledere er opmærksomme på, at de studerende står i potentielle læresituationer, når de interagerer alene med patienter. Derved henledes opmærksomheden på, hvornår og hvorfor nogle praksissituationer ses, forstås og tales frem som nogle, man som studerende skal lære (noget særligt) af, mens andre situationer blot er hverdag, rutine, tilfældighed eller andet. Via følgeforskningen, og det etnografiske feltarbejde heri, har vi i PÅ TVÆRS mulighed for at studere de kliniske læreprocesser i den sammenhæng, hvori de indgår og dermed kigge på, hvilke situationer/problematikker, der kategoriseres som ”læringspotentielle”, af hvem og hvorfor – og hvilken rolle patient-situationer spiller i den sammenhæng.

Læringsrum; fordringer og udfordringer

I PÅ TVÆRS kigger vi på det kliniske læringsrum – eller rettere *de* kliniske læringsrum, som de studerende bevæger sig i, ikke bare i de forskellige sektorer, men også inden for rammerne af den enkelte sektor og det enkelte afsnit. Netop spørgsmålet om, hvilket læringsrum klinikken udgør, står centralt i Kristian Larsens forskning. I sin ph.d.-afhandling (Larsen 1999) undersøger han, hvordan de mange forskellige fysiske rum, der tilsammen udgør en hospitalsafdeling, sætter nogle særlige rammer for de studer-

endes læring, ligesom han fokuserer på, hvordan den kliniske praksis struktureres og tegnes gennem brug af fysiske artefakter og teknologier. Larsen viser, hvordan de studerendes arbejde med at lære at beherske alt fra støttestrømer til blodtryksmålere er et overset og miskendt aspekt af den læring, der finder sted i klinisk praksis. Rum er således ikke bare steder; de er også ting, relationer, rutiner og planer. Med sin ph.d.-afhandling *Nyuddannede sygeplejerskers møde med realiteterne på medicinske afsnit i reformerede sygehuse – en institutionel etnografisk undersøgelse* (Juul Jensen 2018) kan Carsten Juul Jensens ses på som en videreførelse af Larsens optagethed af teknologiernes betydning for læring, idet han peger på, hvordan tilegnelsen af procedurer og teknologier skaber frustration blandt nyuddannede sygeplejersker. Jensen finder at teknologierne fungerer begrænsende på patientplejen, samtidig med at de udgør et betydeligt pres for de nyuddannede sygeplejersker-

Hospitalsafsnittet som særligt rum for læring er også udgangspunktet for Louise Rougs speciale *Ny i afdelingen. Et studie af det pædagogiske rum på en kirurgisk sengeafdeling i spændingsfeltet mellem nye og erfarne sygeplejersker* (Roug 2015). Rougs fokus er på at undersøge nyuddannede sygeplejerskers bestræbelser på at leve op til rollen som sygeplejerske på en kirurgisk afdeling. Meget relevant i relation til PÅ TVÆRS peger Roug på, at der er sket et skift i den måde, der tænkes uddannelse på, hvor vi aktuelt opererer med en stram uddannelsesstruktur med fokus på et målbart læringsudbytte. Roug viser, hvordan denne tænkning får konsekvenser for de sygeplejestuderende, der under deres uddannelse oplever et væld af uforudsigelige situationer og krav og får indtryk af, at disse ikke på samme måde er en del af deres arbejde, som andre mere legitime sygeplejefaglige handlinger er det. Roug peger dermed på, at de beskyttede og forudsigelige rammer, der søges opstillet for sygeplejerskeuddannelsen, fx med særlige læringsmiljøer, står i skarp kontrast til den verden, sygeplejerskerne skal ud og agere i efter endt uddannelse. Der er således et modsætningsforhold mellem sygeplejerskeuddannelsens mål og hospitalsafdelingens mål, som reelt viser sig at komplicere den nye sygeplejerskes overgang fra studie til arbejdsliv. Roug analyserer kommunikationen mellem nye sygeplejersker og det mere erfarne plejepersonale. Hun kate-

goriserer spørgsmålstyperne som *nysgerrige* spørgsmål og *nødvendige* spørgsmål. Analysen viser, at de nysgerrige spørgsmål er forholdsvist ”ufarlige” for de nye sygeplejersker at stille. De har en integrerende funktion, men fastholder samtidig de nye sygeplejersker i rollen som ny eller studerende. De nødvendige spørgsmål har en anden karakter, bl.a. fordi de ofte stilles i spændingsfyldte situationer, hvor de nye sygeplejersker er afhængige af svar på disse spørgsmål for at komme videre med deres arbejde. Analysen tydeliggør, hvordan der eksisterer et afhængigheds- og magtforhold mellem de nye sygeplejersker og det erfarne personale. Spørgsmålet er, om der er paralleller, og hvilke, der er til de studerendes position. I modsætning til de nyansatte er man som studerende ikke umiddelbart en nødvendighed for afdelingen – og det faste personale har således ikke udsigt til, at den læring, som de studerende opnår ved at få svar på evt. spørgsmål, i længden vil komme dem selv eller afsnittet til gode.

Læringskultur; når læring betragtes som et nødvendigt gode

Roug viser, hvordan det kan være dilemmafyldt at prioritere læring, hvis hverdagen er presset. At det imidlertid er vigtigt, at læringen prioriteres, viser Bisgaard i sin ph.d.-afhandling (Bisgaard 2018) ved at det er vigtigt for den studerendes engagement og læring at møde et læringsmiljø, hvor der er åbenhed overfor, at lærlingen eller den studerende videreudvikler sin forudgående viden og erfaring; at der udvises rummelighed over for fejl, og at man som studerende får mulighed for at deltage i det gensidige engagement i praksisfællesskabet på praktikstedet. Samtidig vises det, at de studerendes engagement kan medvirke til udviklingen af læringsmiljøet på praktikstedet – og at der dermed ikke er tale om ”spildt krudt” ved at investere i at udvikle og vedligeholde en læringskultur. Bisgaard pointerer, at de studerendes engagement og læring kan styrkes ved, at den enkeltes arbejdsituation løbende sammensættes, så fx læringspotentialet og dermed læringsmålet er tydeligt for den studerende. Derudover er læringskulturen afgørende, forstået bl.a. som det, Bisgaard kalder *vurderingsklimaet*. Med andre ord danner det gensidige engagement mellem de øvrige deltagers praksisfællesskaber, forskellige muligheder og begrænsninger med hensyn til den studerendes engagement og læring.

PÅ TVÆRS – som svar på flere spørgsmål

Projekt PÅ TVÆRS skriver sig, som anskueliggjort i de forrige afsnit, ind i en række ”landskaber” af meget forskellig karakter og med forskellige dynamikker, der på forskellig vis har præget projektet, både i idé, design og ikke mindst gennemførelse. PÅ TVÆRS kan anskues som en bestræbelse på at generere svar på flere ”problemer” i relation til sygeplejerskeuddannelsen (Bacchi 2009). Det er således et projekt, der har skullet indfri mange forskellige forventninger. Vi har brugt de forskellige forventningshorisonter produktivt ved løbende at analysere, hvilke interesser der er på spil i den kliniske uddannelse, og hvordan disse afspejler sig i kravene til klinisk uddannelse.

Det er imidlertid også vigtigt at slå fast, at PÅ TVÆRS først og fremmest blev en realitet, fordi alle involverede aktører var og forsat er genuint optaget af klinisk uddannelse og læring og af at styrke den kliniske uddannelse, som de sygeplejestuderende tilbydes. Læring er et af de områder inden for sygepleje, der til trods for at uddannelsen og kravene til de færdiguddannede vokser, er lavt prioriteret i disse år. Vi håber, at denne publikation inviterer til mange flere drøftelser af, hvordan man, uanset om man er underviser, vejleder, uddannelsesplanlægger eller leder, kan arbejde med at skabe viden om og kvalitet i klinisk uddannelse og derigennem styrke kvaliteten af denne, for fremtidens sundhedsvæsen, så vigtige kerneopgave.

PÅ TVÆRS – et aktions- forskningsprojekt

3

PÅ TVÆRS er både et uddannelseseksperiment, der fokuserer på at forbedre klinisk uddannelsespraksis, og et vidensprojekt med en ambition om at udvikle ny viden, både om klinisk uddannelse og om at arbejde med at skabe forandring på denne særlige eksperimenterende måde. Denne dobbelte målsætning er inspireret af en tilgang til uddannelsesudvikling, som den er formuleret af Det Erhvervsrettede Uddannelseslaboratorium (Sørensen, Hutter og Jensen 2015). Vi karakteriserer projektet som et aktionsforskningsprojekt, (Nielsen 2002; Nielsen og Nielsen 2010) idet vi har arbejdet med forandring (eksperimenter som udvikles og justeres undervejs) og vidensproduktion som sideløbende processer.

I dette kapitel vil vi beskrive, hvad der overordnet kendetegner PÅ TVÆRS som samlet projekt.

For det første er projektets afsæt en fælles interesse i at *undersøge de studerendes kliniske læringsforløb*. Læringsforløb skal her forstås som det, der foregår i forbindelse med læring af noget ganske konkret i en afgrænset sammenhæng – fx sengebad, men også den læring der foregår over tid – og som foregår i et væld af forskellige situationer og kliniske kontekster. I de følgende kapitler beskriver vi de indsigter, som projektet bringer med sig i forhold til den fælles vidensambition.

For det andet involverer PÅ TVÆRS mange forskellige aktører, der kommer fra forskellige arenaer – men som alle er engagerede i klinisk læring, og som har fået en aktiv rolle ind i projektet. Med andre ord er PÅ TVÆRS en form for samskabelse.

For det tredje er projektet *bevægeligt og innovativt*. Det vil sige, at vi har lavet uddannelsesforløb for de studerende, men mange gange justeret

forløbet undervejs på baggrund af fælles refleksioner og analyser af de erfaringer, som projektet har givet undervejs. Vi har arbejdet med forskellige former for vidensudvikling og dialog i forskningsværksteder og workshops, hvor vi har interesseret os snævert for, hvad der ”virker” og ”ikke virker” i klinisk pædagogik, men også bredere for at udvikle forståelser af, hvad der skaber gode og mindre gode læringsbetingelser i forskellige typer af klinisk praksis.

At arbejde med aktionsforskning på denne måde er ikke så udbredt i sundhedsforskningen generelt, og vi er da også stødt på spørgsmål om, hvordan det kan være, vi har valgt at tilrettelægge projektet på denne måde. For at give input til, hvordan andre kan arbejde med uddannelseskvalitet på lignende vis, men også fordi tilgangen har bragt vigtige indsigter med sig, har vi valgt i dette afsnit at gå lidt tættere på, hvad projektets eksperimenterende tilgang har indebåret og båret med sig. Vi vil især gå tættere på, hvilke måder PÅ TVÆRS har været et bevægeligt, innovativt og involverende projekt. Sidst i kapitlet giver vi stemme til en af de studerende i projektklassen, Line Nørmølle Højlund, der med egne ord fortæller om, hvordan det har været at være en del af projektet.

At arbejde eksperimentelt med uddannelsesforskning i sundhedsvæsenet

Aktionsforskning kan overordnet beskrives som en eksperimentel og inddragende forskningstilgang, der dækker over flere retninger, traditioner og metoder. Det mest karakteristiske ved aktionsforskning er, at tilgangen bygger på et samarbejde mellem forsker og medforskere om at bestræbe sig på at skabe forandringer på baggrund af arbejdet med en given problemstilling. I PÅ TVÆRS' tilfælde er medforskerne en række kliniske uddannelsesansvarlige og kliniske vejledere på forskellige niveauer og på forskellige kliniske uddannelsessteder (primær, sekundær, psykiatri) og også de studerende. Fællestrækket for deltagerne er en nysgerrighed efter, hvad der er på spil, når sygepleje skal læres i klinikken – og hvad der sker, når vi eksperimenterer med forskellige måder at lære på.

Aktionsforskning giver mulighed for at forandringsagenterne udforsker egen praksis (Coghlan og Brannick 2014).

Idealet om en forskningsbaseret praksis står centralt i sundhedsvæsenet; forskning skal levere evidens, dvs. sikker viden om, hvilke metoder, der er mest effektive i forhold til at skabe forandringer i praksis, forstået som udvikling af kvalitet eller opnåelse af særlige effekter (Thingstrup 2018). Denne form for evidenstagning er velkendt inden for sundhed, både når det gælder forebyggelse, behandling og pleje, men også inden for uddannelse, hvor der også er interesse for at sikre, at uddannelsesbestræbelserne har resultater, der afspejler de faglige målsætninger.

Ud fra et evidensperspektiv bliver forskningens rolle at udvikle viden om metoder, der kan implementeres i praksis. Man kan dog indvende, at der med denne tankegang følger en mekanisk forståelse af pædagogisk praksis (Togsverd og Rothuisen 2016, citeret i Thingstrup 2018), hvori kliniske vejledere og undervisere ”implementerer” en række udvalgte pædagogiske metoder; som fx PRM-modellen, simulation, sundhedsfaglig supervision eller medicin-logbogen. I denne tænkning kan disse (og andre) metoder beskrives i almene termer; og de vil – i princippet – kunne tilgås og anvendes alle steder, på alle sygeplejestuderende, af alle uddannelseskyndige. Evidenstagningen indebærer således ofte, at uddannelsesaktiviteter, -metoder og -politikker formuleres som abstrakte, afgrænsede indgreb – ud fra en forventning om et særligt prædefineret resultat til følge.

PÅ TVÆRS kan siges både at følge og at forsøge at gøre op med tænkningen om, at klinisk uddannelse kan kvalificeres gennem implementering af de rette, velafprøvede pædagogiske metoder. Projektet har taget fat i nogle pædagogiske tilgange, som vi, på baggrund af erfaring og viden på feltet, mente var særligt lovende ift. læring i praksis. Samtidig har vi været optaget af, hvordan vi kunne arbejde med forskellige pædagogiske eksperimenter på kloge måder, og hvilken type viden om læring vi i praksis kunne udvinde af vores eksperimenter. Når vi stiller spørgsmålet *hvordan*, så har det indebåret, at ”hvordan” ikke er givet, men noget, der må udvikles og undersøges undervejs. Det havde med andre ord været et

dårligt projekt, hvis vi havde fortsat med at gennemføre eksperimenterne på en måde, som vi kunne se ikke bære frugt, blot for at kunne konkludere, at ”metoderne ikke virker”. Tværtimod viser vi gennem PÅ TVÆRS, at eksperimenterne virker på både intenderede og ikke-intenderede måder – og at der er mange faktorer, der spiller ind i forhold til, om man kan sige, hvorvidt en pædagogisk metode er virksom eller ej.

Vi har derfor udviklet et design, der kobler den metodefokuserede tilgang, sådan som den udmøntes i den uddannelseseksperimenterende tilgang fra (Sørensen et al. 2015), med en ambition om at skabe en række konkrete refleksionsrum, hvor de mange forskellige aktørers stemmer kunne mødes og brydes i et forsøg på at kvalificere udviklingsprocesserne og dermed sprænge rammerne for, hvad en klassisk evidens- og implementeringstankegang gør muligt.

Mange gange har vi som forskere stillet spørgsmålet: “Hvad er der på spil her?”, fx når en aktivitet forløb anderledes end forventet. Disse refleksioner har fungeret som afsæt for justeringer af projektet. Således må projektet i sig selv ses som værende et udtryk for en lang række resultater, som har vist sig løbende, og som har fungeret produktivt ind i processen. Både for at styrke eksperimenterne – det vil sige bestræbelserne på at forbedre de studerendes kliniske læreprocesser – men også som afsæt for at forstå de lærings- og forandringsprocesser, som projektet har afstedkommet, både hos de studerende og hos projektets øvrige aktører.

Erfaringen har generelt set været, at fokus i projektet har flyttet sig fra i udviklings- og opstartsfasen mest at være på de studerendes og deres læringsudbytte til i afslutningsfasen at inkludere et fokus på de øvrige projektaktørers læreprocesser. Som det blev udtrykt af en menig sygeplejerske på Rigshospitalet med kendskab til projektet:

De kliniske vejledere, der har været med, de bliver jo aldrig de samme igen.

Udtalelsen var positivt ment, og selvom det ganske givet ikke er samtlige projektdeltagere, der har gennemgået læreprocesser af så transformativ karakter, så er det sikkert, at PÅ TVÆRS har afstedkommet både små og store erkendelser hos mange aktører.

At arbejde med udfordringer som et potentiale

På det konkrete niveau har projektet udviklet, gennemført og evalueret et stort antal aktiviteter. Disse udgør det ene ben i det, vi kalder for ”projektets resultater”. Det andet ben udgøres, som beskrevet, af de refleksive praksisser, der har fungeret som udgangspunktet for, videreudviklingen af og læreprocesserne i tilknytning til de mange aktiviteter i projektet.

Afsættet for disse refleksioner har været på udfordringer, vi stødte på undervejs.

Af centrale udfordringer kan nævnes:

- At formulere et projekt, der kunne forene de mange interesser og samtidig kunne udmøntes i ét samlet uddannelsesforløb for projektklassen
- At finde de menneskelige ressourcer til at gennemføre projektet i en presset klinisk og uddannelsesorganisatorisk hverdag
- At lave lokal uddannelsesudvikling parallelt med at uddannelsen revideredes nationalt
- At nå ud til alle kliniske vejledere og kliniske undervisere i alle sektorer – selv indenfor rammerne af Region H
- At balancere hensynet til de studerende og hensynet til projektets gennemførelse
- At arbejde involverende, men ikke blive overinvolverede i de studerendes forløb
- At ville skabe ejerskab hos kommuner og psykiatri til et projekt, der i bund og grund er født på Rigshospitalet og dermed i en hospitalslogik
- At arbejde på tværs af forskellige udviklings- og læringsforståelser

Man kunne have udeladt at nævne udfordringer som disse i en afslutningsrapport og i stedet fremskrevet en mere ”glat” version af projektet. I PÅ TVÆRS har vi imidlertid betragtet udfordringerne som udtryk for andet og mere end det, de måske lige umiddelbart fremtrådte som, nemlig som potentialer til at lære mere om de dynamikker, som er på spil i klinisk uddannelsespraksis og som derfor spiller ind – og også fremover vil spille ind,

når forandringer skal skabes i en praksis, der både institutionelt, fagligt og politisk er kompleks.

At arbejde involverende er noget ganske andet end at lave tilfredshedsundersøgelser på baggrund af gennemførte aktiviteter. Det er langt mere besværligt og tidskrævende. Jo flere aktører, jo flere (divergerende) perspektiver på virkeligheden findes der. Jo flere perspektiver, jo større er risikoen for, at man som uddannelsesudvikler må justere ikke bare de konkrete uddannelsesaktiviteter, men også forestillingerne om, hvad der udgør god og virkningsfuld uddannelse.

At arbejde demokratiserende

Et andet karakteristika ved PÅ TVÆRS har været, at vi har arbejdet aktivt og demokratiserende med de mange aktørers stemmer. Dette har vi gjort på forskellige måder, fx ved at inddrage de studerende i projektets ”maskinrum” og gennem en lang række forskningsværksteder, hvor vi har samlet alle projektaktører med det formål at erfaringsindsamle og kritisk reflektere over projektets tiltag og klinisk uddannelsespraksis.

Grundideen i forskningsværkstederne har været at etablere et ikke-konventionelt rum for refleksion, problemidentifikation og udvikling af nye perspektiver og løsninger ved at sætte en anden ramme for refleksion og bearbejdning af erfaringer end dem, der kendetegner hverdagen i klinisk uddannelsespraksis.

Eksempel på forskningsværksted

Et eksempel på et forskningsværksted var, da vi samlede de kliniske undervisere på tværs af somatik, psykiatri og primærsektor med det formål at identificere udfordringer i det tværsektorielle samarbejde (Lehn-Christiansen 2016). Første skridt var at deltagerne identificerede en bred

vifte af udfordringer og kendetegn ved det tværsektorielle samarbejde. Øvelsen indikerede, at de tre sektorer på mange måder er forskellige, og at dette stiller nogle særlige krav til den uddannelsesmæssige opgave med at klæde de studerende på til at understøtte mere sammenhængende patientforløb på tværs af overgange.

Værkstedet bar præg af stor nysgerrighed overfor ”de andres” praksis og forståelser, og de forskelle såvel som ligheder, der tegnede sig heri. Sammen med forskerne bearbejdede deltagerne indsigterne og ordnede dem i tre temaer, som de var enig om skulle stå centralt i det videre arbejde med at udvikle de tværsektorielle aspekter af klinisk uddannelse:

1. Patienter på tværs

Patientrollerne er forskellige i de forskellige sektorer; hvad betyder det for patient og for plejen? Begreber og idealer er også forskellige. Multisygdom – når somatiske patienter for eksempel har psykiatriske problemstillinger og modsat. Kronisk syge patienter; hvornår er man patient, og hvornår er man ikke? Hospitalskonteksten kontra hjemmet som ramme for pleje. Hvad betyder det for patientrollen og for interaktionen mellem sygeplejerske og patient? Kontekstafhængig versus kontekstuaafhængig sygepleje.

2. Samarbejdet på tværs

Hvornår starter den ene sektor, og hvornår slutter den anden? Hvad er sygeplejerskens opgave – og mulighed for at række ud over egen sektor? Hvilket sprog bruges i de forskellige sektorer og med hvilke konsekvenser? Hvordan omtaler og samarbejder de forskellige instanser som patienter/borgere kommer i kontakt med? Hvordan samarbejder sektorerne internt?

3. Sygeplejefaglig professionsidentitet

Professionens fokus på klinisk lederskab og klinisk beslutningstagen giver sygeplejersken en særlig position i relation til patientforløbet. Hvilke grundlæggende værdier og fagkundskaber hviler faget på? Hvad er og hvordan udvikles et fagligt sprog? Hvordan bidrager de enkelte sektorer til udvikling af en stærk professionsidentitet hos de studerende?

Diskussionen af temaerne fungerede som en tydeliggørelse af kompleksiteten ved sektorovergange i relation til sygeplejen, og af de uddannelsesmæssige fordringer og udfordringer der følger – samtidig med, at man nærmede sig en idé om ”sygeplejen” som noget gennemgående og reelt generisk.

Aktørerne udviklede ingen ”løsninger”, som fik dilemmaerne til at forsvinde, men gruppen udviklede en fælles opmærksomhed på, hvad de syntes var vigtigt i god sygepleje, og på de dilemmaer, der er indbygget i sygeplejerskeuddannelsens struktur og faglige prioriteringer. En uddannelsesansvarlig fra psykiatrien evaluerede værkstedet således:

Jeg syntes det var fuldstændig fantastisk at sidde sammen med sådan en stor flok fra kommunen, fra somatikken, fra psykiatrien. Ja, det var fantastisk inspirerende at sidde sammen og få alle de der gode ideer. For hold da fast, hvor fik vi nogle gode ideer. Det var virkelig, det var også fordi man ... jeg fik et enormt stort kendskab til, hvordan tænker de derude i kommunen fx omkring de studerende og den måde, de går til de studerende. Det var virkelig noget, der gav pote for mig.

Efter værkstedet var afsluttet, arbejdede gruppen videre med at udvikle en plan for en to-dages workshop, hvor de studerende blev inviteret til den sidste dag. Ideen var at anvende PRM-modellen og simulationstræning i relation til sektorovergangsproblematikkerne. Hermed forsøgte man at bruge de nyudviklede forståelser som udgangspunkt for at sætte projektets eksperimenter i spil.

På den stort anlagte workshop var der i alt ca. 60 deltagere med (se programmet i bilag B). Her forsøgte vi at vidensbasere eksperimenterne med erfaringsviden og videnskabelig viden om både biomedicinske og mere organisatoriske og sygeplejefaglige aspekter af sektor-overgangen for en patient med både psykiatriske og somatiske lidelser.

Vi insisterede på, at det ikke kun var de studerendes læring, der var vigtig; også undervisere og forskere deltog på sidstedagens workshop med det formål at blive klogere på, om og hvordan henholdsvis simulation og PRM-kunne anvendes til at styrke læringen om sygepleje og sygeplejerskens rolle i sektorovergange.

Udover de konkrete undervisningsseancer indlagde vi en række ”metarefleksioner”, hvor de tre temaer (patienter på tværs, samarbejde på tværs og professionsidentitet) dannede udgangspunkt for en fælles kritisk refleksion med udgangspunkt i et ”panel” bestående af både studerende og repræsentanter fra alle sektorer.

Dagens workshop blev godt evalueret. Tilbagemeldingerne var, at det havde været en lærerig proces:

Altså, det er tankevækkende ... På trods af at vi har gået, altså hele det samme forløb igennem, har vi bare ikke gået det samme forløb igennem. Fordi det er bare meget forskelligt alt efter, hvor man har været henne i de forskellige klinikker og ... altså, der synes jeg, det har været en kæmpe hjælp, at vi havde den der workshop, hvor man kunne mødes, og man ligesom også fik en, en fælles læring. På en eller anden måde, man så kunne, som var relevant for klinikkerne lige meget om du så var, altså. Hvilket speciale du egentlig sådan havde, så var sår for eksempel relevant, i de fleste altså virkelig relevant. Så der var det rart, at man ligesom fik noget man direkte kunne komme ud at bruge. (Eva, studerende)

For de studerendes vedkommende var der to fremtrædende positioner i evalueringerne: Nogle oplevede det som overvældende, at de studerende var i undertal, mens andre oplevede at få et kig ind i et fagfællesskab og nogle spændende diskussioner, som ellers ikke så ofte er studerende forundt. At opleve underviserne sætte spørgsmålstejn ved egen praksis og på den måde vise nye sider frem af deres faglighed gjorde et stort og positivt indtryk på de studerende. Mange studerende oplevede workshoppen som klinikforberedende (”Nu ved jeg da lidt om, hvad der venter mig ude i primær”), men også som udfordrende at skulle vende sig mod nye problemstillinger og læreprocesser på et tidspunkt, hvor de var godt i gang med et klinisk forløb i en anden kontekst.

For undervisere og vejlederes vedkommende var det umiddelbare læringsudbytte tæt koblet til de anvendte undervisningsmetoder, mens det for andre var erfaringsudvekslingerne og refleksionerne med repræsentanter fra de andre sektorer, der stod i centrum – og også det at få mulighed for at bidrage til forskning ”in-the-making”:

Det med forskernes fund, jeg grifledede ned simpelthen, jeg havde så mange noter. Jeg glæder mig til at kunne gå ud og sige til dem, jeg samarbejder med i klinikken ... hvad er det, de studerende har brug for? Man prøver at få personalegruppen til at forstå, så de studerende får et godt forløb. Men det giver noget mere power at kunne sige: 'Det her er nogle forskeres fund'. (...) Mange af de her situationer, som forskerne præsenterede, kunne jeg genkende så meget. De udsagn fra de studerende, når de nu sad sammen med mig som klinisk vejleder, og jeg skulle have personalet til at ændre deres adfærd, så de studerende kunne trives og lære noget mere.

Eksemplet viser flere dimensioner af den vidensudvikling, som PÅ TVÆRS har realiseret:

- At vi har arbejdet strengt kontekstbundet og dermed udviklet nye forståelser af forskelle og ligheder indenfor og imellem sektorer – og hvordan det at være i en kontekst, også på ”binder”-læringsudbyttet.
- At ”transfer” af læring til nye kontekster kræver et oversættelsesarbejde, både i abstrakt og konkret forstand – og at dette oversættelsesarbejde fordrer relationel støtte.
- At kollektiv refleksion på tværs af organisatoriske skel og underviser/studerende giver læring. Her tænker vi ikke bare læring for studerende, men for alle parter i projektet.
- At metarefleksioner med de studerende og undervisere omkring læring og læringsprocesser i sig selv styrker læringen.
- At frustrationer og udfordringer i praksis kan være en kilde til viden.
- At hverken studerende eller undervisere udgør entydige grupperinger (de består af flere stemmer).

De studerendes stemme

Det har været særligt vigtigt at inddrage de studerende i projektet; deres stemme har spillet en væsentlig rolle både i styregruppen, via projektleders tætte konneks til klassen i forbindelse med introduktion og den tilbagevendende ”klassens time” og gennem de Delphi-evalueringer, som løbende er blevet gennemført.

De studerende har givet input til projektets overordnede styring og tilrettelæggelse. Tilbagemeldingen har fungeret som afsæt for fælles analyser og diskussioner og har fungeret som vejledende parameter i forhold til de valg og prioriteringer, der har skulle træffes undervejs i såvel projektledergruppen som hos følgeforskerne.

Til at begynde med gav de studerende udtryk for at være overvældede og for at have svært ved at navigere i de mange informationer og tilbud, der tilflød dem fra både professionshøjskole og projektorganisation. Det var forvirrende, og det var svært overskueligt at finde hoved og hale i alt det nye. Vi foretog derfor en kritisk vurdering af projektaktiviteterne med sigte på ikke at overbelaste klassen. For projektledelsen gav dette anledning til at samkøre kalenderne for en projektstuderende i forhold til de ordinære uddannelsesaktiviteter.

Vi har erfaret, at det er en vanskelig balancegang at arbejde involverede. Det er langt fra altid givet, hvornår man som projektaktør kan nøjes med at lytte, og hvornår man skal handle på det, de studerende fortæller. Især projektleder har konstant skulle sortere i, hvad der kunne kategoriseres som ”forventelige udfordringer”, koblet til et ordinært grunduddannelsesforløb, og hvilke udfordringer, der var affødt af de studerendes engagement i projektet. I takt med at projektet er forløbet, har de relationelle bånd mellem projektleder og studerende vokset sig stærke, hvilket har gjort det ekstra vanskeligt ikke at påtage sig at prøve at ”ordne” alt, hvad der foregår undervejs i klassen og i de enkelte studerendes forløb (Billett, Newton, Rogers og Noble 2019).

Stærke studerende eller nogle sløve padder?

Det forhold, at PÅ TVÆRS har arbejdet med udgangspunkt i en særlig projektklasse, betyder, at de studerende på godt og ondt har skullet bære de mange ambitioner og forventninger, der har været til projektet fra projektets kliniske samarbejdspartnere. Som nedenstående citat – hentet fra en delphi-evaluering med kliniske vejledere og undervisere – illustrerer, har positionen som ”projektstuderende” betydet, at de er blevet set på som særlige studerende:

Vejleder 1: "Jeg kan se de projektstuderende, som de to jeg havde som klinisk vejleder, der havde nogle voldsomme udfordringer i den klinik, de var i. Det har jo affødt nogle meget positive ændringer i den personalegruppe, fordi de studerende var stærkere; fx lavede de en klage over afsnittet. Så der er faktisk sket noget meget, meget positivt for det nye hold studerende, der er startet lige nu. Så det der med at være en del af forskningen, det sætter jo nogle ringe i vandet, ikke? Både for de studerende selv, men også deres ageren. Meget interessant."

Vejleder 2: "Må jeg kommentere på det? Det vil sige, at du tænker, at det har med dette projekt at gøre?"

Vejleder 1: "Ja det tror jeg. De får jo supervision, de får vejledning med PRM, forskningsprojektet: Det der med at de bliver lyttet til, de er blevet vant til lige fra start, at de ... det tror jeg. Det har altid været et problematisk afsnit, og det er første gang nogensinde, at der er nogen studerende, der får beskrevet det."

Vejleder 2: "Så du tænker, der er en sammenhæng [med projektet]?"

Vejleder 1: "Jeg tror, der er en sammenhæng."

Vejleder 2: "Jeg vil jo faktisk sige det modsatte. Jeg var dybt skuffet over mine to studerende, så det var derfor, jeg syntes, det var interessant, at du fremhæver det, for jeg må sige, at jeg var overrasket ... Mage til sløve padden, som havde så mange forudsætninger for at få et rigtig spændende forløb, men det var bare slet ikke det, jeg så, at det på nogen måde havde forberedt dem på, eller interesse i det ej heller, så det var da glædeligt at høre."

Ordvekslingen mellem de to vejledere peger på det interessante forhold, at de projektstuderende er blevet mødt med andre forventninger end ordinære studerende og derfor evalueres med et andet blik. Vejleder 2 forventer, at de projektstuderende, hun skulle modtage, ville være bærere af en særlig motivation og måske også være særligt dygtige. Og hun skuffes, da de studerende ikke lever op til disse skærpede forventninger.

Spørgsmålet er naturligvis, om de studerende, hvis de ikke havde været en del af PÅ TVÆRS, var blevet kategoriseret som "sløve padden", eller om de blot var blevet betragtet som almindelige, måske lidt under middel studerende? Omvendt ser vejleder 1 de projektstuderende, som hun har lært at kende, som nogle særligt aktive, modige og fagligt stærke studerende, der har formået at ændre en afdelingskultur og dermed har været med til at forbedre forholdene for de efterfølgende studerende. Her er det også værd at bemærke, at vejleder 1 vægtlægger, at det, at de studerende har haft indflydelse på projektet og dermed deres uddannelse, gør dem stærke og dygtige.

At projektet har skabt en særlig forventningshorisont ses i øvrigt i lige så høj grad hos de studerende selv, der også – i hvert fald i begyndelsen af projektet – udtrykte skærpede forventninger til de kliniske uddannelsessteder qua deres deltagelse i PÅ TVÆRS:

(...) Så tænkte jeg, at klinikperioderne, de bliver lidt mere, jeg ved ikke, om man kan sige kvalitetssikrede? Det er i hvert fald min forestilling, at der er en eller anden dialog mellem, at vi er en særlig forskningsklasse, sådan at der bliver sat særligt fokus på os, sådan at man er sikker på, at det var en god klinik og, og ja, der er mere fokus på det. Ja, jeg føler mig ret heldig. (Lena)

Man kan således også spørge, om de studerendes oplevelse af at være i klinik er særligt ”farvede” af at være med i projektet. Pointen her er ikke, at vi har at gøre med en særlig type ”bias”, der svækker projektets udsigelseskraft. Ideen er derimod at illustrere, hvordan vi i projektet har arbejdet reflektivt, ikke bare med aktørernes input, men også vendt det kritiske blik mod projektet selv. Derudover tjener eksemplerne oven for til en illustration af, hvor kontekstbundet både klinisk uddannelse og forestillingen om ”den gode studerende” er. Dette er en væsentlig erkendelse i en uddannelsesverden, hvor der er en tendens til at vægtlægge konteksten relativt lidt.

At arbejde aktivt med de studerendes stemme har resulteret i følgende indsigter:

At studerende vanskeligt kan betragtes som en homogen gruppe, hvilket i sagens natur udfordrer forestillingen om standardiserede læringsforløb og pædagogiske metoder, der ”virker” på den samme måde i forhold til hele gruppen.

Udviklingsarbejde ikke bare indtræder i en række forventningshorisonter, men producerer også selv forventninger.

Både de studerendes og klinikstedets forventninger er med til at forme evalueringen af klinikforløbet. Derfor er der også god grund til at arbejde med at tydeliggøre og afstemme de gensidige forventninger inden et klinikforløb.

Vi går videre ved at give ordet til Line, der i det følgende fortæller om, hvordan hun har oplevet sit uddannelsesforløb og at være en del af PÅ TVÆRS.

Lines fortælling – En personlig beretning om at udvikle sig til sygeplejerske

Af: Line Nørmølle Højlund, nyuddannet sygeplejerske, del af PÅ TVÆRS projekt-klasse.

At være en samlet klasse har skabt tryghed og et godt læringsmiljø for mig

Selvom jeg aldrig har prøvet andet, så har jeg ladet mig fortælle af andre studerende, at man er meget alene igennem sygeplejerskeuddannelsen. Det skyldes både, at man ikke er i klinik med klassekammerater, og at man heller ikke er sikret at komme tilbage i samme klasse efter et klinikforløb. Derfor ved jeg med sikkerhed, at projekt PÅ TVÆRS har sikret mig en tryk social 'base', såvel som en tryk faglig 'base' gennem hele min studietid.

Jeg har haft brug for at spejle mig i nogen, der ligner mig selv i løbet af min studietid. At kunne spejle mig i mine klassekammerater, som har været samme sted i processen, på vej mod at blive sygeplejerske, har medvirket til den udvikling, jeg har gennemgået på dette studie – såvel fagligt som menneskeligt. At dele oplevelser med nogen har lært mig, hvad jeg vil og kan være en del af, men sandelig også hvilke arbejdsmiljøer, fællesskaber og arbejdsgange jeg ikke kan eller vil medvirke til at føre videre. De oplevelser, jeg har fået i mine klinikperioder, er ikke lutter positive oplevelser – en del af dem er rørende, svære, udfordrende, men i den grad også lærerige. Eksempelvis i min 6. semesterklinik, som udspillede sig i hjemmesygeplejen, kunne de første besøg, jeg skulle tage alene, føles meget udfordrende, og i mit hoved kunne det næsten virke urimeligt, fordi jeg var der helt alene.

Oplevelser af dén karakter havde jeg i særdeleshed brug for at dele med nogen. Og det i sig selv er en meget vigtig del af den udvikling, jeg har gennemgået for at blive sygeplejerske. Men det viste sig også, at det var vigtigt, at de "nogen", som oplevelserne kunne deles med, var nogle mennesker, som jeg havde en relation til – både fagligt og socialt. Lige fra dag ét har der været en særlig god stemning i klassen – om det var, fordi vi alle vidste, vi havde sagt ja til projekt PÅ TVÆRS, eller om det var forventningens glæde ved, at vi alle havde sagt ja til at starte på sygeplejerskeuddannelsen,

1. PRAKTIK

Wow!

HVAD
TÆNKER
PATIENTEN


MODUL 2
**HÆMME-
SYGE PLEJE**

PATENT =
BORGER =
ET MENNESKE
et levende
liv

OVER ..
MODUL 4

1 KLINIK BLANDEDE ERFARINGER

FØLER MIC
ALENE!

IKKE
MEGET
HJÆLP!

ALTID SUR!

FORBILLEDIG
HØEMME-
SYGEPLEJERSKE

... MAN FINDER I HVERT FALD
UD AF HVILKEN SLAGS SYGEPLEJER-
SKE MAN IKKE VIL VÆRE

PSYKIATRISK
AFDELING

MODUL 6-8

PATIENT 30
PREMESTER

MODUL 1

HEY DU
SKAL VÆRE
LIDT MERE
FLOWET

WHAT!!
OVERGANG

WIRKELIG
VERDEN!

1 KLASSE

VI HAR FULGTES AD
& HAR STØTTET HINANDEN
- DEJUGT !!

UHH SPÄNDENDE-
MEN VI BLEDER OS
TAK!

ET DIGT—

ET DUG
EN MÅRKOMAN PÅ HOSPITALET KOM
OG SYNTES GODT HEDKOM
ET PAR SNAKKE JEG MED HAN FIK
JEG NAEDE DET JEG INDBEN HAN GIK
STORE SPOR HAN SATTE
SÅ JEG NÆSTEN IKKE KAN FÅTTE
HVAD DER SÅ PULDELIET SKETE
JEG ØNSKED VIRKELIG AT VI K
- AT HAN BLEV CLEAN

kan jeg kun gisne om. Men en ting har vist sig: At samle mennesker, der har fælles interesser, i dette tilfælde sygeplejerskeuddannelsen, i mindre tætte grupper, det giver en positiv oplevelse for de deltagende. En klassekammerat pointerede for mig forleden, at han kunne huske mig fra en af de første dage, fordi jeg turde satse og tage en chance ved at række hånden op og forsøge at svare på lærerens spørgsmål. Dér kommer trygheden til udtryk.

I dag tænker jeg anderledes på de oplevelser, jeg havde ved at stå alene med svære opgaver som studerende; nu står jeg som færdig sygeplejerske og har en selvstændighed og nogle kliniske færdigheder, som jeg ikke vil være foruden. Jeg ved, de færdigheder og selvstændigheden er et resultat af netop dén klinikperiode, hvor jeg følte mig allermest alene og udfordret. Det bliver jeg særligt opmærksom på, når jeg på nu står i komplekse patientforløb, som kræver kliniske færdigheder og koordinering på tværs af sektorer, og erfarer, at jeg faktisk mestrer det! Jeg bliver glad og stolt, når mine kolleger kommenterer, at jeg har en handlekraft, som er sjælden set. Dér får jeg fuld valuta for de slidsomme timer i klinikperioderne i form af overskud på en konto, der er nødvendig at have at tære på for enhver sygeplejerske – novice som ekspert.

Supervision har lært mig refleksionens kunst

Jeg var ikke den eneste i klassen, der grinede lidt af supervision i starten. Vi talte meget om, at hvad var det nu for noget langhåret smart noget, de kom med? Jeg vidste ikke bedre – jeg havde ganske simpelt ikke evnerne til at reflektere på så højt et niveau. Den nemmeste reaktion på noget, man ikke forstår eller ikke mestrer, er ofte at lægge afstand ved at latterliggøre det. Men jeg blev klogere, lagde jeg mig fladt ned og bød supervisionen velkommen. Så er det nærliggende at spørge, hvordan blev jeg så meget klogere?

Refleksion er en del af læring. Der findes to former for refleksion: Aktiv og proaktiv. Da jeg startede til supervision, mestrede jeg knap den aktive form, som gør den reflekterende i stand til at identificere, at en situation adskiller sig fra det vanlige, og bruge i forvejen indlært viden anderledes. I takt med at jeg blev teoretisk klogere, blev det tydeligt for mig selv, ikke kun hvad jeg vidste, men også hvad jeg ikke vidste særlig meget om. Derfor gik det også op for mig, at supervision kunne være med til at løse nogle af de problematikker, som jeg ikke kendte løsningen på – særligt de praktiske.

Nu står jeg her og er sygeplejerske og er meget mere bevidst om alt det, jeg ikke ved – og det kan til tider være ganske frustrerende. Men jeg forsøger at vende det til noget positivt og bruge det som en drivkraft, der gennem refleksion vil gøre mig til en dygtigere sygeplejerske gennem hele min karriere. Da jeg startede som sygeplejerske-studerende, tænkte jeg, at det der supervision, det kunne ikke lære mig noget. Efter mødet med blot et par patienter gik det op for mig, at mennesker er dynamiske og

individuelle, og det bliver den sygepleje, de skal modtage, også nødt til at være. Det kræver, at man som sygeplejerske er i stand til at se, hvordan hver patientsituation er sin helt egen og handle derefter. Og derfor er evnen til refleksion vigtig for den enkelte sygeplejerske, men så sandelig også for patienterne og samfundet.

Kommunikative udfordringer mellem projekt, skole og kliniksteder

Kommunikative udfordringer opstår alle steder, hvor samarbejde sker på tværs af forskellige organisationer. Klinisk uddannelse finder sted på tværs af professionshøjskolen og mange kliniksteder, og i vores situation har der også været en projektorganisation at kommunikere med. Det har været en udfordring, som har sat sit præg på mit uddannelsesforløb.

Det har vist sig, at kommunikation faktisk ikke er én disciplin, som hverken uddannelsesinstitutionerne eller sundhedsvæsenet i sig selv mestrer særlig godt. Det gælder både, når der for patienternes skyld skal kommunikeres på tværs af sektorer og faggrupper, men også når der på uddannelsesplan skal kommunikeres mellem uddannelsesinstitution, kliniske uddannelsessteder og Projekt PÅ TVÆRS. Det virker som lidt af et paradoks, når man tænker på, at vi som sygeplejestuderende modtager ganske meget teoretisk undervisning i kommunikation! Men hvorfor kan vi ikke finde ud af at kommunikere, selvom der er uddelt karakterer, der indikerer, at vi mestrer det fag? Er det, fordi kommunikation er lettere i teorien end i praksis? I hvert fald er dårlig eller manglende kommunikation det største problem, jeg har mødt i min kliniske uddannelse.

For mig blev det særligt frustrerende at skulle starte i en ny klinikperiode, fordi vi oftest, med kun en uge til start, ikke havde kommunikeret med det pågældende sted. Derfor manglede jeg informationer om mødested, mødetid og anbefalet litteratur, hvilket gør det vanskeligt at være en velforberedt studerende. Men følelsen af at være glemt er mindst lige så ubehagelig. Der findes så mange undersøgelser om, at patienter, der sidder og venter på behandling på et hospital, har brug for kontakt med sygeplejersken, også selvom hun ikke kan sige noget sikkert om udsigterne til ventetid, for at føle sig trygge. I min optik er den viden direkte overførbar til situationen mellem kliniksteder og sygeplejerskestuderende. En mail om at man venter os som studerende ved næste modul, og at vi får yderligere information, når vi nærmer os, ville gøre underværker. Der er sikkert nogle kliniksteder, der allerede gør noget lignende, men lad os gøre det til noget almindeligt i stedet for den gode undtagelse. Lad os indføre de gode løsninger og smide de knap så gode væk!

Jeg har også oplevet, at kommunikation i løbet af klinikforløbet, fx mellem studerende og vejledere, halter bagefter. Der er mange misforståelser fra begge sider.

I en paneldebat til afslutningskonferencen for PÅ TVÆRS udtrykte dekan Randi Brinkmann fra Københavns Professionshøjskole, at studerende forventer for meget af klinikstederne. Jeg mener, at det er en misforståelse, for alle studerende ved godt, i kraft af medierne og vores egne oplevelser derude, at sundhedsvæsenet er presset. Jeg mener heller ikke, at det løser nogen som helst af de ovenstående problemer at sige til de studerende, at de skal forvente mindre. Lidt skarpt sagt, så har vi heller aldrig løst hungersnødkatastrofer ved at få de sultende til at forvente lidt mindre at spise. Det handler om, at hverken de studerende eller klinikstederne skal føle, at de står for skud, men derimod begynde at tale ordentligt og informativt til hinanden. For at bringe den store verden ind i ligningen igen, er der jo tidligere løst store konflikter ved at lade de stridende parter tale sammen og på den måde horisontudvide for begge parter. Mange problemer kan løses, hvis man taler ordentligt til og med hinanden

De vigtigste pointer fra min rejse mod min nye titel sygeplejerske kan sammenfattes således: For at udvikling sker, er det vigtigt at kunne tage ud og vende hjem igen – forstået på den måde at klinikken er at tage ud, og hjem er den trygge base i klassen. Refleksionens kunst, som kan opnås gennem supervision, er mindst lige så vigtig for at udvikle sig som sygeplejerske. Det er som forpuppede sommerfuglelarver, der til sidst bliver smukke og levedygtige sommerfugle. For at dette kan ske, er det vigtigt, at de færdige sygeplejersker, en gruppe som jeg hører til, er med til at få sommerfuglelarverne til at komme ud som flyvefærdige sommerfugle. En kæmpe stor og vigtig opgave!

Justering af eksperimenterne undervejs

Den eksperimenterende tilgang har betydet mange uforudsigelige og i udgangspunktet forstyrrende hændelser, som vi ikke havde taget højde for. For eksempel viste det sig, at de studerende i starten af uddannelsen havde meget svært ved at forstå, hvorfor de skulle superviseres, hvilket udløste en vis modstand mod dette eksperiment. I stedet for at se modstanden som et problem, har vi i tråd med den eksperimenterende tilgang været nysgerrige på udfordringer og set det som et vilkår, der ikke kan undgås. Faktisk har vi brugt forstyrrelser som hændelser, der rummer mulighed for at skabe viden om og forandring af klinisk uddannelse. I tilfældet med supervision fik vi mange gode drøftelser med de studerende om, hvorfor de ikke så en mening med supervision, hvilket resulterede i juste-

ringer i eksperimentet og også viden om, at supervision får en større relevans, når de studerende finder problemstillinger fra klinikken, fordi de i kraft af at være spredt rundt på forskellige kliniksteder har et stort behov for at mødes i et fælles rum.

Det peger på et andet vigtigt kendetegn ved PÅ TVÆRS-projektet, nemlig princippet om medinddragelse af projektets deltagere, dvs. både projektudviklerne, de kliniske undervisere og vejledere, og også dem det hele angår, nemlig de studerende. Medinddragelsen rummer således en demokratiserende ambition (Nielsen og Nielsen, Institut for Miljø, Roskilde Universitet 2010); ideen er at skabe ejerskab og indflydelse for de aktører, der befinder sig i den kliniske uddannelsespraksis.

Konkret har det betydet mange dialoger og justeringer undervejs, som har gjort PÅ TVÆRS til et bevægeligt, innovativt og involverende projekt, hvor vi samtidig med at skabe viden om de konkrete metoder og tilgange, vi afprøver, også får en bredere indsigt i, hvad der er på spil i de studerendes læreprocesser og læringsforløb.

Dermed gør projektet op med forestillingen om forskning som en slags ophøjet og objektiv stemme (Haraway 1991). Objektivitetsidealet erstattes i PÅ TVÆRS af en ambition om at medtænke flere perspektiver (de studerendes, underviserens, vejledernes samt uddannelsesplanlæggernes) i bestræbelsen på at skabe ny viden og et kvalificeret bud på, hvad der skal til for at skabe sammenhæng i klinisk uddannelse.

Formålet med at arbejde eksperimenterende har været at afprøve forskellige pædagogiske metoder og samtidig skabe viden om, hvordan de fungerer, samt en bredere forståelse af, hvad der fremmer og hæmmer læring i klinisk praksis. Denne tilgang går på den ene side godt i spænd med klinisk uddannelsesorganisering i flere kliniske perioder, hvor eksperimenter og aktiviteter kan afprøves, analyseres, justeres og derefter afprøves på ny i den efterfølgende kliniske periode. På den anden side udfordres tilgangen af de mange forskellige kontekster og de skiftende læringsmål, der også kendetegner det samlede kliniske læringsforløb. Dette med de mange skift og kontekstens betydning har fået en afgørende rolle for de analyser, vi senere i projektet har lavet.

Eksperimenternes empiri og vidensproduktion

I PÅ TVÆRS har vi været optaget af at skabe viden på forskellige niveauer i projektet.

Samtlige eksperimenter har løbende arbejdet undersøgende i forhold til grundliggende bestræbelser og gennemførte aktiviteter. I den forbindelse har hvert eksperiment gjort brug af forskellige typer af egenproduceret empiri, som fx lydoptagelser af refleksionsseancer (SIM og PRM), opgaveoplæg og underviserintroduktioner, studerendes skriftlige arbejder (FAM og PRM), referater af møder med diverse samarbejdspartnere (refleksioner, diskussioner), logbøger (FAM og SFS) og studenter- og underviserevalueringer samt evaluerende samtaler med studerende og supervisorere (SFS). Eksperimenterne har også brugt anonymiserede uddrag af de fokusgruppeinterviews, som følgeforskningen har produceret.

Hvert eksperimentteam har valgt sine egne analysemetoder, og følgeforskerne har bistået analysearbejdet i det omfang, eksperimenterne har ønsket det. Generelt er der blevet arbejdet med forskellige tilgange til tematiske analyser (Malterud 2001). Formålet med analyserne har været todelte: For det første at blive klogere på, hvordan aktiviteterne har skabt læring hos de studerende. For det andet at få nye indsigter i egen pædagogisk praksis ved også at have fokus på undervisernes ageren. Processen har været styret af delprojektlederne. Vi vil i det følgende beskrive de vigtigste indsigter, som de fire eksperimenter har bragt med sig.

SFS-eksperimentet: Sundhedsfaglig supervision

4

Af Bolette Holck,¹ delprojektleder

Baggrund og formål

Supervision forbindes erfaringsmæssigt med en positiv effekt på personlig og professionel udvikling gennem udvikling af en større bevidsthed om tænkning, handlings- og beslutningskompetence. Desuden ses en styrket evne til at håndtere komplekse plejesituationer, øget sensitivitet i forhold til patienter og pårørende gennem en større selvforståelse samt mestring af svære følelsesmæssige situationer og hermed forebyggelse af stress. Dette tilsammen antages at udgøre grundlaget for en stærk professionsidentitet.

Eksisterende forskning peger på, at supervision styrker personlig, professionel og følelsesmæssig vækst og forbedrer evnen til at italesætte viden. Men forskningen peger også på, at supervision kan føre til øget nervøsitet og modstand hos den superviserede mod selvrefleksion samt bekymring for blottelse og sårbarhed. Derfor er tryghed og den relation, der skabes i supervisorsrummet, afgørende for den enkelte studerendes udbytte af supervision. (Andersson m.fl. 2013; Arvidsson m.fl. 2008; Holmlund m.fl. 2010; Lindgren m.fl. 2005)

1. Teksten er blevet til i samarbejde med hele supervisorsgruppen, ligesom den bygger på statusrapporter, som er udarbejdet af tidligere delprojektleder, Anette Sørensen.

Sundhedsfaglig supervision er primært afprøvet i forhold til uddannede sygeplejersker, og erfaringerne med at tilbyde supervision til sygeplejestuderende er både i Danmark og internationalt sparsomme. En undtagelse er et større svensk projekt, der dokumenterer gode erfaringer (Kristofferzon, Mårtensson, Mamhidir og Löfmark, 2013).

Formålet med SFS-eksperimentet er dobbelt. Først og fremmest er det rettet mod de studerendes udvikling af en stærk professionsidentitet. Det andet formål var at få erfaringer og påbegynde udvikling af et supervisionskoncept, som er tilpasset sygeplejestuderende.

Eksperimentet i aktion – hvordan vi har arbejdet med sundhedsfaglig supervision

Sundhedsfaglig supervision er en struktureret samtale mellem en sundhedsfaglig supervisor og en gruppe på 6-8 studerende, der forholder sig til det faglige og det relationelle i en given professionel problemstilling. Ideen har været at skabe rum og ro til refleksion over klinisk praksis og at gøre erfaringer til genstand for refleksion for at integrere den som viden i ens professionelle praksis fremadrettet. PÅ TVÆRS-klassen har modtaget supervision ca. to gange pr. semester á 2 timer i de teoretiske semestre og ca. fire gange i de kliniske semestre under deres uddannelse.

I supervision trænes refleksion over sygeplejefaglige problemstillinger typisk i forbindelse med:

- Etiske problemstillinger
- Kobling mellem praksis og teori
- Klinisk lederskab og klinisk beslutningstagning
- Forståelse for forskellen mellem idealer og virkelighed
- Evnen til at lytte uden at skulle tale, og være til stede uden at skulle handle

Det er de studerende, der er kommet med relevante problemstillinger, de ønskede skulle tages op i supervisionen. Konkret ændrede de temaer, som de studerende tog op i supervisionen, karakter gennem uddannelsesforløbet. I begyndelsen omhandlede supervisionen ofte forholdet til

skolen; frustrationer over manglende information, undervisere og medstuderende. I de første kliniske perioder fyldte forholdet til vejledere meget, men også patientsituationer, der oplevedes som vanskelige, blev taget op. Sidst i uddannelsen ønskede de studerende supervision på spørgsmålet om deres egen position som fagprofessionelle i relation til erfaringerne fra den kliniske kontekst.

De studerende blev indledningsvist inddelt i fem grupper med otte studerende i hver. Efter 4. modul blev de fem grupper, grundet frafald, reduceret til fire grupper. Det var supervisorerne, der foretog ændringerne i gruppesammensætningen. Én gruppe havde ret få medlemmer, og det var supervisors opfattelse, at der var et begrænset tilhørsforhold mellem gruppens medlemmer og supervisor. Det blev derfor besluttet at fordele deltagerne i tre af de fire øvrige grupper, så der blev en jævn fordeling af antal medlemmer i grupperne. Der havde indledningsvist ikke været nogen reaktioner på gruppeinddelingen, men med opsplittningen af den ene gruppe reagerede medlemmer af denne gruppe med ærgrelse over det og udtrykte, at de gerne ville være blevet sammen. Da der endnu en gang var reduktion af antal studerende, og der var behov for at reducere til tre grupper for at sikre tilstrækkeligt mange deltagere i grupperne, og de studerende havde udtrykt, at de gerne ville inddrages i højere grad, benyttede supervisorerne lejligheden til at tilrettelægge en tre timers workshop med det formål at danne tre nye supervisionsgrupper, som de studerende kunne opleve som meningsfulde og trygge. Ud over ønsket om at inddrage de studerende mere aktivt, havde supervisorerne et ønske om at afdække de studerendes oplevelser med supervision for den samlede gruppe, for at se om fremtidige gruppers konstellationer tegnede sig.

Workshoppen involverede de studerende direkte i den beslutningsproces, der skulle gennemføres; deres meninger, oplevelser og ønsker blev italesat og anvendt i den fremadrettede plan. Én gruppe valgte at afslutte supervisionsforløbet inden udarbejdelsen af bachelorprojektet/7. semester, mens to grupper fortsatte SFS til afslutning af uddannelsen.

Hvad har vi lært om sundhedsfaglig supervision og kliniske læreprocesser?

Supervision har i PÅ TVÆRS-projektet overordnet vist sig at være fyldt med potentialer, men også udfordringer. Vi lægger ud med at give ordet til en af de projektstuderende, som hele vejen igennem har syntes, at supervision var hjælpsomt:

Det var på et tidspunkt, hvor min vejleder skulle gå før, fordi hans søn var syg. Tidligere på dagen havde vi lagt en plan; jeg havde en ret nervøs patient, som havde muskelsvind og rigtig mange spørgsmål omkring sin udskrivelse. Jeg fik så ret hurtigt overleveret, hvad der skulle ske, og hvad jeg skulle gøre, men min vejleder var der ikke, da jeg rent faktisk skulle gøre det. Og det gik ikke særligt godt. Jeg brød fuldstændig sammen og jeg kan huske, at jeg tænkte: 'Hold da op, skal jeg kunne det her en dag, og kommer jeg nogensinde til at føle mig sikker i det?' Det er en af de oplevelser, der hænger ved. Jeg har lidt en tendens til at sammenligne mig med alle omkring mig, og det er noget, jeg har arbejdet rigtig meget med gennem hele uddannelsen. Jeg er blevet bedre til det, men, men det er stadig svært for mig at sige til mig selv, at jeg, det er okay, at jeg ikke har mere erfaring, end jeg har. Ja, så det er noget, vi havde oppe til supervision, og jeg snakkede med min vejleder om det og sådan. Jeg lærte da at sige fra, og jeg lærte at mærke efter. Jeg havde heller ikke fået noget at spise hele den dag, fordi vi havde så travlt, å det havde selvfølgelig også noget at sige. Så efterfølgende lærte jeg ligesom at sige: 'Nu skal jeg lige have fem minutter og sidde ned og spise noget mad og sådan'. Tage det lidt i opløbet. (Michelle, fokusgruppe, 7. semester)

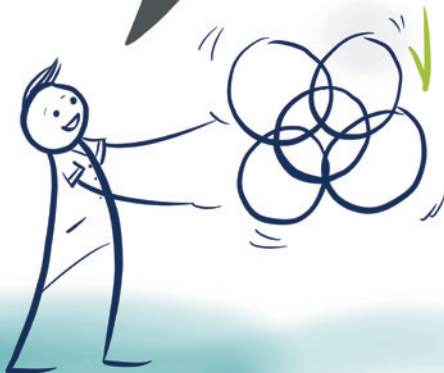
Dette er et eksempel på en studerende på 7. semester, der har oplevet, hvordan supervision allerede på første studieår hjalp hende med at skabe en anden form for læring end den, hun umiddelbart tog med sig fra en dårlig oplevelse i klinisk praksis. En potentielt traumatiserende oplevelse af at hun ikke magtede det ansvar, hun var blevet givet i en presset situation, blev med hjælp fra supervisor transformeret til vigtig viden om egne grænser og udvikling af personlige handlemuligheder, både i den konkrete situation, men også ved mere fremadrettede strategier, der hjælper hende med at håndtere lignende situationer.

Også de medvirkende supervisorer peger på, at SFS-eksperimentet har bidraget positivt til de studerendes læreproces:

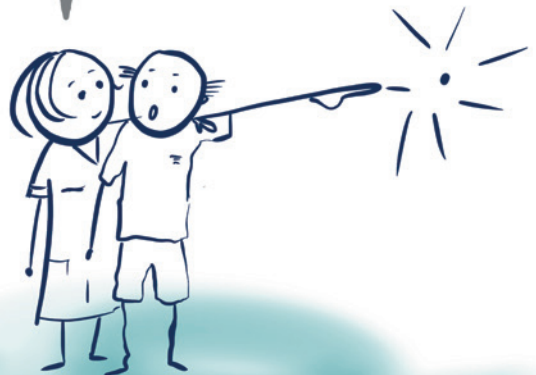
Jeg tænker at det har været med til at hjælpe dem til at fastholde nogle værdier i sygeplejen og kunne holde fast i sig selv og stille sig op og på den måde være med til at styrke deres professionsidentitet. Altså, der, der er sådan en tre stykker i den gruppe, jeg havde, hvor jeg tænker: Her har supervision virkelig gjort en forskel og også, at det har støttet dem til at kunne blive i deres uddannelsesforløb på en ordentlig og konstruktiv måde. (Supervisor ved afsluttende fokusgruppeinterview)

Supervisorerne er enige om, at SFS-eksperimentet har givet de studerende et refleksivt, fortroligt læringsrum, der – for nogle studerendes vedkommende – har understøttet uddannelsesforløbet og særligt udviklingen af en stærk professionsidentitet. Men hvorfor var det ikke hele projekt-klassen, der fik dette læringsudbytte?

"JEG VED IKKE OM DET HAR ÆNDRET MIN MÅDE AT TÆNKE SYGEPLEJE PÅ, AT VI HAR HAFT SUPERVISION, MEN HELT SIKKERT INDDRAGELSEN AF PRM-MODELLEN, ER VIRKELIGT ET GODT VÆRKTØJ TIL AT SUPERVISERE."



"SUPERVISIONEN KLÆDER MIG BEDRE PÅ IFT. KLINISK BESLUTNINGSTAGEN, TIL AT FAVNE PATIENTERS PERSPEKTIV BEDRE."



Modstand og demotivation

Hvor en god del af de studerende har oplevet supervision som et hjælpsomt og tiltrængt rum for faglig refleksion, viser erfaringerne fra SFS-eksperimentet, at det ikke er alle studerende, der kan se potentialet i supervision. SFS-eksperimentet har således mødt større modstand og udfordringer end forventet. I projektets refleksioner og analyse over modstanden har vi kunnet få øje på vigtige indsigter, både i forhold til at forstå supervision snævert, men også i forhold til at forstå læring i praksis i bredere forstand.

En vigtig erkendelse har været, at supervision ikke lader sig overføre 1:1 fra en kontekst af færdiguddannede sygeplejersker til en kontekst af sygeplejestuderende; en pointe vi blev opmærksomme på i forbindelse med opstarten af projektet.



Her er det Simone der udtaler sig godt 6. måneder efter projektets opstart:

Jeg synes klart, supervision har været noget af det, der har været mest anstrengende. Det falder mig overhovedet ikke naturligt at sidde og snakke om ting på den måde, som man gør til supervision. Jeg synes virkelig, det har været en udfordring bare skulle møde op til supervision, efter man har været sådan en hel eftermiddag eller en hel dag, formiddag og eftermiddag på klinikken, og man har mest lyst til at gå hjem, og så ved man, man skal sidde og vride sin hjerne for at finde på et eller andet at snakke om. Fordi, hvis der var noget, så tror jeg bare, jeg allerede havde snakket om det med mine veninder, eller hvem der nu lige har været i nærheden. Og så synes jeg bare, supervision det var, det var slet ikke til lige min tålmodighed. Jeg tror, jeg følte, det var en lidt opstillet situation, hvor jeg skulle, skulle finde et problem. Og det havde jeg svært ved. Selvom jeg jo oplevede alle mulige ting, der var frustrerende og irriterende og ting, der påvirkede mig følelsesmæssigt og sådan noget, men det var bare ikke lige mit forum.

Citatet peger på, at supervision ikke umiddelbart har fungeret efter hensigten for alle studerende – også selvom de reelt har oplevelser af den type, som supervision er rettet mod. Simone peger på flere forhold, som forklarer, hvorfor hun ikke fandt eksperimentet udbytterigt.

- Supervision udgør ikke et naturligt samtalerum; man foretrækker den private samtale
- Det er trættende at møde op til supervision efter en lang dag i skole eller klinik
- Det var svært at finde på noget at tage op – selvom man oplever mange udfordringer i klinisk praksis

Det var dette problemkompleks, som projektet arbejdede med, siden det godt seks måneder inde i projektet stod klart, at det langt fra var alle i projektklassen, der var begejstrede for at deltage i supervision. Spørgsmålet er, hvordan vi skal forstå dette problemkompleks?

Ét centralt element i problematikken handler om frivillighed.

Frivillighed som ufravigeligt princip

Det er et bærende princip i SFS, at deltagelse sker på frivillig basis (Andersson m.fl. 2013; Arvidsson m.fl. 2008; Holmlund m.fl. 2010; Lindgren m.fl. 2005) – sådan fungerer supervision også i vanlig klinisk praksis. I PÅ TVÆRS har SFS i udgangspunktet været obligatorisk for de studerende; deltagelse i PÅ TVÆRS indebærer deltagelse i samtlige projektaktiviteter – eller et fravalg af samme. Nogle studerende valgte at melde afbud eller blot at blive væk – til stor frustration for både supervisorer og de studerende, der oplevede SFS som nyttigt.

Projektet stod således ganske tidligt i forløbet med en overset, men selvskabt udfordring, der betød, at de studerende ikke havde mulighed for at foretage det aktive til- eller fravalg, som kan tænkes at danne grundlaget for, om SFS overhovedet kan fungere.

Ovenikøbet skete der i flere grupper det, at de studerende, der ikke ønskede supervision, alligevel mødte op, hvilket bidrog til at skabe en stemning af negativ energi. Dette virkede ikke befordrende for de øvrige deltagere:

Det fungerer ikke i min gruppe, da størstedelen ikke ønsker at have supervision og giver udtryk for, at det er spild af tid. (Morten, evaluering, efter modul 4)

Citatet stammer fra en studerende, der gerne selv vil have supervision, men finder det vanskeligt, når der er medlemmer i gruppen, der ikke ønsker det. Det har – ikke overraskende – en negativ betydning for hele gruppen. Omvendt viser citatet nedenfor, hvordan tilstedeværelse af motivation og refleksionskompetencer heldigvis også kan smitte:

Der skete nogle forandringer i gruppen, da en Lærke kom ind. Hun var meget positivt indstillet i forhold til supervision og var faktisk rigtig dygtig i situationen til både at forholde sig følelsesmæssigt og kognitivt og reflektere i forhold til den meget vanske-

lige patientsituation, som hun havde oppe. Det, tror jeg, var en stor øjenåbner for de øvrige i gruppen. At man faktisk kunne gøre det i situationen, og jeg tror faktisk, at de var lidt... Jeg tror, de var lidt imponeret over det, Lærke kunne, og det der skete ... (Supervisor, interview, efter 6. semester)

Erfaringerne tydeliggør dels, at SFS fodrer åbenhed og motivation hos de deltagende studerende, men også at SFS kræver tilegnelse – det er ikke et rum eller en metode, der ”bare virker” for alle og én gang for alle. Den form for refleksion, som der lægges op til i SFS, falder ikke alle lige let; det kræver både engagement, øvelse og tillid til, at den samlede gruppe ønsker at udfolde deres reflekterende potentiale.

Afprøvning og tilpasning af supervisionsmetoder

Det forhold, at nogle studerende reagerede negativt på supervisionen i løbet af projektets første år, bevirkede, at eksperimentteamet besluttede at bevæge sig væk fra en meget stringent tilgang, hvor supervisionsrummet var indrettet på en særlig måde, og samtalen fulgte en særlig struktur, henimod en mere fleksibel SFS-model. En af supervisorerne havde efter projektets første år denne refleksion om udfordringerne:

Altså, jeg har tænkt meget over, hvorfor det er gået så galt. Jeg har aldrig oplevet det før. Og jeg har kæmpe-erfaring med at supervisere. Og sådan som jeg tænker det, så har jeg været alt for ortodoks i min tilgang. Jeg tror, vi blev forført af, så godt det kunne blive; de kunne virkelig få hjælp til at arbejde med deres sygeplejeidentitet, finde den og udvikle den og have et rum til hele tiden at reflektere over det, der undrer, og det, de synes er mærkeligt og sådan noget. Det var det, jeg tænkte. Hold da op! Og lige fra starten af. (Supervisor, efter første modul 4)

Gruppen forsøgte sig med at anvende langt flere refleksionsøvelser og alternative metoder, som fx protreptik, team- og emnesupervision, i bestræbelsen på at finde ud af, om der var tilgange, der egnede sig godt til netop denne gruppe.

Erkendelsen blev, at der ikke er én metode, der synes at fungere, men at det er dialogen og således udviklingen af de interne relationer i supervisionsgruppen og til supervisor, der er af afgørende betydning. Man kan således ikke forudsætte, at de studerende ”køber ind” på supervision pr. automatik – mange skal først erfare, hvad det er, metoden kan, ligesom der er behov for at tydeliggøre, hvordan og hvorfor den refleksion, der sker indenfor rammerne af supervisionsgruppen, er en anden og dermed også rummer et andet potentiale, end den refleksion de har adgang til i andre sammenhænge.

Midtvejs i forløbet besluttede eksperimentteamet at afholde en workshop, hvor de studerende som samlet gruppe blev inddraget i, hvordan eksperimentet kunne justeres, så det i højere grad mødte de studerendes behov og forventninger. I workshoppen blev de studerende bedt om at tilkendegive deres tilslutning til eksperimentet ved at placere sig på en barometerlinje på gulvet; en lille gruppe tilkendegav åbent, at supervision ikke var noget for dem, ca. halvdelen indtog en midterposition, og de resterende tilkendegav, at de var virkelig glade for eksperimentet. De studerende udtrykte stor tilfredshed med at blive inddraget, og resultatet blev, at der blev dannet tre grupper ud fra de studerendes ønsker. En af de oprindelige grupper bestod, to nye grupper blev konstrueret. Workshoppen blev et vendepunkt for eksperimentet; fra og med denne steg de studerendes engagement. De studerende tog vel imod tiltaget:

(...) og så skete der en udvikling, og hvor vi måske gav os lidt alle sammen, og så synes jeg bare, det endte med at blive helt vildt godt ... (Lærke, evaluering, efter 6. semester)

Åbenheden over for at afprøve nye tilgange betød, at de studerende i højere grad end tidligere blev spurgt og inddraget i, hvad der skulle foregå i SFS-aktiviteterne – og flere studerende oplevede SFS som meningsfuldt. Til gengæld førte ændringerne til mange drøftelser blandt gruppen af supervisorer om, hvorvidt grænsen, for hvad der med god ret kunne kaldes supervision, var blevet overskredet i bestræbelserne på at imødekomme de studerende. De vurderede det dog som nødvendigt for at fastholde de studerende i eksperimentet. En af supervisorerne udtrykker det således:

Jeg valgte i hvert fald nogle af gangene, at det, det som de fandt svært i forhold til deres studie, jamen, det måtte jeg jo prøve at give dem noget vejledning til. Altså, det var mere vejledning, end det var supervision. Fordi de kunne ikke supervisionen (...) Der hvor det så lykkedes, det var i den allersidste periode, da vi brugte deres PRM-model. Så kunne de spores ind til at snakke fagligt, og der opdagede de faktisk ikke, når de var blev superviseret, fordi det foregik i et trykt rum. (Supervisor)



Etableringen af det trygge rum, som er en forudsætning for en velfungerende supervision, kan ikke tages for givet, og studerende har på godt og ondt nogle andre forudsætninger og behov end grupper af færdiguddannede sygeplejersker.

Supervision i uddannelsessammenhæng er ét ud af ganske mange læringsrum, baseret på refleksion. Nogle studerende oplever, at de bliver bedt om at reflektere konstant, og derfor er det op til supervisor at lære de studerende, hvad der er særligt – og særligt godt ved supervision.

Klinisk erfaring som forudsætning for SFS

Udover at de studerende ikke aktivt havde valgt lige netop SFS til og havde modstand mod at følge de rammer, som supervisor opsatte, var der et andet aspekt, der viste sig at spille ind i eksperimentets udfordrende opstart. Som en af supervisorerne her siger:



Vi havde jo en idé om, hvad det her, det handlede om – selv om vi var sådan rimeligt åbne overfor, at vi godt kunne gøre lidt forskelligt og tage noget forskelligt i anvendelse, men alligevel, det handlede jo meget om klinisk praksis ... om det at være sygeplejerske og de dilemmaer, man står i; de udfordringer man står i. Det havde de jo bare ikke med sig. Fordi de var jo ikke i klinikken. De var der nogle få dage i starten, og de var jo optaget af nogle helt andre ting. (Supervisor, evalueringsinterview).

Citatet tydeliggør et væsentligt aspekt ved supervisorernes implicitte forventninger til eksperimentet og til de studerende; SFS skal tage udgangspunkt i klinisk praksis. Erfaringen viste, at de studerende, på trods af deres indledende korte klinikophold, var mest optaget af problematikker knyttet til det at være studerende på professionshøjskolen. Opgaveafleveringer, gruppearbejde, undervisning, der ikke fungerede, og et studie-intranet, der ikke var til at finde rundt i. Dette tydeliggjorde flere forhold. Dels er en vigtig indsigt i PÅ TVÆRS' brug af supervision, at de studerendes mulighed for at indgå i SFS er helt afhængigt af deres erfaringsgrundlag, og dels at den kliniske erfaring skal være af en vis fylde og kvalitet for at kunne bruges som udgangspunkt for supervision i klinisk uddannelse. Dernæst er det en vigtig pointe, at det, man taler om i supervisionen, skal være aktuelt og opleves som meningsfuldt her og nu. Det er altså noget med tid og timing, der er på spil. Endelig havde mange studerende i starten svært ved at aflæse, hvad vi mente med *faglig* supervision og havde svært ved at identificere faglighed i diskussionerne. Dette afspejledes især i starten af uddannelsen, hvor de studerende kun havde vage fornemmelser for fagets kerne og karakter og derfor også mente, at man lige så godt kunne tale med en veninde som at gå i supervision. Nogle studerende blev derfor først "glade" for supervision senere, og især når de kunne bruge kliniske oplevelser som afsæt for supervisionen.

I processen blev det således tydeligt, at det ikke var hensigtsmæssigt at tilbyde supervisionen fra uddannelsesstart. Det havde formentlig været bedre at vente, til de studerende havde gjort sig konkrete erfaringer med den kliniske praksis og dermed havde en begyndende faglighed. Samtidig kan netop den begyndende faglighed også stå i vejen for engagement i supervisionen med de andre studerende:

Jeg var så opslugt af børn og børnesygdomme og alt det, der er omkring børn, så at sidde og snakke med en, der var på lungemedicinsk, det kunne jeg slet ikke rumme, når det eneste, jeg tænkte på, det var børn. Det kan være, at supervision for dem på børneområdet havde givet mening, men jeg synes, det var svært. (Rikke. 7. semester, fokusgruppeinterview)

Den studerende udtrykker, hvordan hun er mentalt fyldt op af de oplevelser og det, hun skal lære på klinikstedet, at hun ikke magter at forholde sig til de andre studerendes udfordringer og læreprocesser. Hun er et sted i sin læreproces, hvor det endnu ikke er muligt at abstrahere fra den konkrete kliniske virkelighed og dermed se de problemstillinger, der kendetegner det kliniske arbejde på tværs af specialer. Derfor forestiller hun sig, at udbyttet af supervisionen ville kunne optimeres ved, at hun var sammen med studerende, der var inden for samme område. Vi ved ikke, om hun har ret, men spørgsmålet om betydningen af at have kendskab til hinandens virkelighed, synes relevant, og særlig aktuelt i relation til gruppen af studerende. Mange oplever – især når de er i klinik – at deres læringspotentiale presses til det yderste. Det er i dette lys, tilbagemeldingen om, at det er hårdt at møde op til supervision efter en hel dag i klinik, skal ses.

Relationers betydning for udbyttet af SFS

Forestillingen om at inddele de studerende i supervisionsgrupper, efter hvilket område de beskæftiger sig med, kolliderer med et andet gennemgående behov, udtrykt af de studerende: At være i en fast gruppe med en fast supervisor. Flere studerende har fremhævet supervision som et sted, hvor de havde mulighed for at mødes med deres studiekammerater, et frirum hvor de kunne spejle sig i hinanden og erfare, at de ikke var de eneste, der var udfordrede:

Mari: ”Så du har været glad for supervision?”

Morten: ”Ja, det har jeg været. Øh (...) altså, jeg har ikke fået så meget ud af det, men så ser jeg det mere, altså som en teambuilding. Det er noget med, at så er vi sammen, den her lille gruppe, hvor vi lærer hinanden at kende, og at der er noget i det, som betyder noget. Så betyder det mindre, at jeg ikke sådan får bearbejdet noget.”

Citatet peger på et uventet, men vigtigt fund. De studerende udtrykker et stort behov for at opleve et tilhørsforhold; at have en gruppe, hvor de føler sig trygge. Dette behov har supervisionseksperimentet været med til at opfylde. Når nogle studerende i starten oplevede, at de ikke ”orkede” at deltage i supervision efter en lang dag i klinik og hellere foretrak at tale med nære venner, så spejler det Mortens udtalelser her – som peger på det centrale, i at supervision har hjulpet med at udvikle stærke relationer, som har været vigtige for læreprocesserne. (Vi vender tilbage til pointen omkring relationers betydning for det samlede læringsforløb i kapitel 10.)

Supervision opleves forfra, men forstås bagfra

Vi slutter, hvor vi startede – med de studerende. De valgte citater er fra de sidste, afsluttende interviews med projektklassen. Med disse citater bliver det tydeligt, at supervisionseksperimentet har været en læreproces, der for mange studerendes vedkommende har medvirket endog meget positivt til deres samlede læringsforløb.

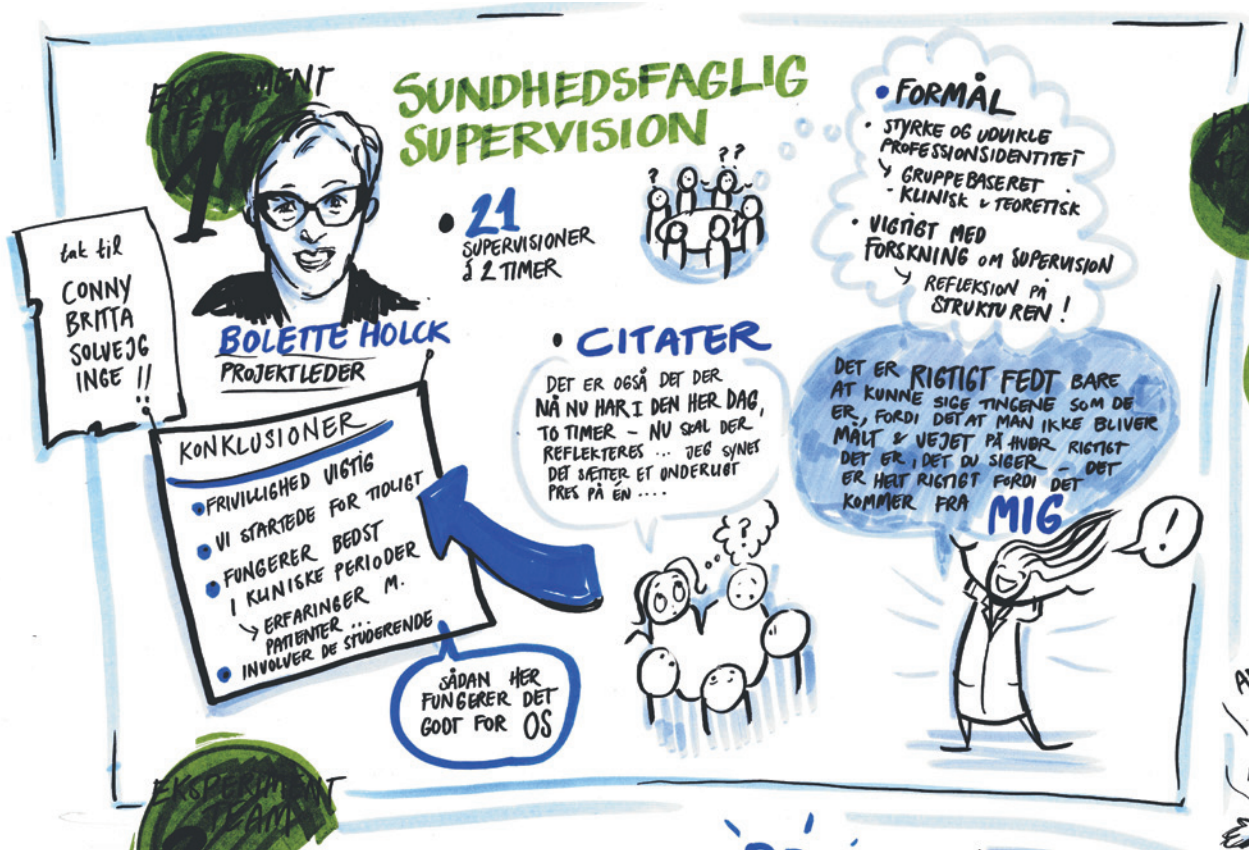
Set i bakspejlet så er jeg glad for, at jeg har haft supervision, altså, jeg tror, hvis jeg havde været det foruden, havde jeg ikke i samme grad været i stand til at tale eller få øje på de ting, som jeg synes er svært. Eller ... Som jeg faktisk går og bokser med, eller som jeg faktisk har oplevet. Så det har bestemt gjort noget ved den åbenhed, man har fået omkring, at det er ikke altid bare det og lige nemt og ... Og det synes jeg er en stor tillid, man også har fået til, til den klasse man så har gået i, at, at vi har alle sammen snakket om de her ting, som faktisk gør en ked af det eller påvirker en rigtig meget eller ... Og det synes jeg har gjort noget ved den dynamik eller ... Meget sådan respekt, der er for hinanden, og også hvis det er rigtig skidt på en afdeling eller et forløb eller sådan noget. Hvis jeg forestiller mig i en klasse, som hvor det slet ikke havde været. Så tror jeg, jeg måske havde været meget mere sådan kortene til mig, hvor jeg har kunnet bruge mine medstuderende i højere grad, synes jeg. (Christina 7. semester)

Jeg synes bare, at supervision har været helt fantastisk. Jeg er faktisk i tvivl, om jeg havde været her stadigvæk, hvis ikke der havde været supervision. Altså fordi jeg har virkelig, virkelig fået meget ud af det. Sådan i min praktikperiode, fordi det har åbnet lidt op for at, at man rent faktisk opdagede, man ikke var den eneste, der havde det sådan, og det har bare betydet enormt meget for mig at få at vide, at der er andre fra min klasse, der kæmper med lige så meget, som jeg har gjort. Det er jeg ikke sikker

på, jeg havde fundet ud af, hvis ikke at der var blevet lagt op til det til supervision. Jeg håber virkelig, at det er noget, som de kommende sygeplejestuderende får mulighed for. (Mette, 7. semester)

Opsummering på SFS-eksperimentet

SFS har udvikling af evnen til refleksion som noget central. At arbejde med dette og at opnå forståelse for hvordan supervisorsrummet kan medvirke til at styrke professionsidentitet og den enkeltes handlekompetence i klinisk praksis kræver åbenhed og villighed kombineret med træning af deltagerne, for at det ønskede udbytte kan opnås. Dette udfordres af manglende klinisk erfaring og det faktum at de studerende ikke umiddelbart kan se ideen med SFS, en forståelse der forudsætter oplevelser med SFS. Desuden har SFS været et eksperiment på linje med de øvrige eksperimenter, og den meget aktive accept der almindeligvis er knyttet til deltagelse i SFS har hermed været nedtonet. De studerende har oplevet udbyttet af SFS meget forskelligt, fra direkte meningsløst til noget helt fantastisk der



har medvirket til at de har udviklet sig til kompetente udøvere af faget ift. det der er værdifuldt for dem. SFS har vist at de studerende gennem uddannelsen er optagede af varierende problematikker, der går over optagethed af rollen som studerende, patient- og pårørende situationer og relationer til vejledere samt fremtidig rolle som sygeplejerske. Erfaringerne fra eksperimentet peger på behov for refleksive øvelser som introduktion til SFS, direkte tilknytning til klinisk praksis og de studerendes aktive tilvalg af supervision. At SFS har været meget betydningsfuldt for nogle deltagere, peger på behovet for, også fremadrettet, at tilbyde et læringsrum der er styret direkte af det, den enkelte er udfordret af, i vedkommendes vej til at blive en kompetent sygeplejerske med de krav der stilles i det moderne sundhedsvæsen.

Anbefalinger fra sfs-eksperimentet

- Supervision skal baseres på frivillighed. Det er essentielt for motivation og engagement, at de studerende aktivt tilvælger supervision.
- Sundhedsfaglig supervision kan med fordel igangsættes og kobles tæt til den studerendes erfaringer med klinisk praksis. Således er aktualitet og timing vigtige ingredienser.
- Supervision skal læres. Det kan ikke forventes, at de studerende i udgangspunktet kender til supervision, og løbende introduktioner må forventes. Opstart fx med refleksionsøvelser som forberedelse til supervision.
- Tillid og betingelserne for etableringen af et magtfrit supervisorsrum er vigtige opmærksomhedspunkter. Særlig opmærksomhed på etiske problemstillinger i forbindelse med supervisorer, der også varetager funktioner som kliniske vejledere/undervisere eller andet, er nødvendig.
- Etablering af tillid og relationer i gruppen og til supervisor kræver tid. Overvej hyppighed – der må ikke gå for lang tid mellem møderne i gruppen.
- Samarbejde med studerende om at afprøve og udvikle metoder i den konkrete kontekst.

5 PRM-eksperimentet:

Den Pædagogiske Refleksions Model

Af Bettina Voergaard Poulsen, delprojektleder

Baggrund og formål

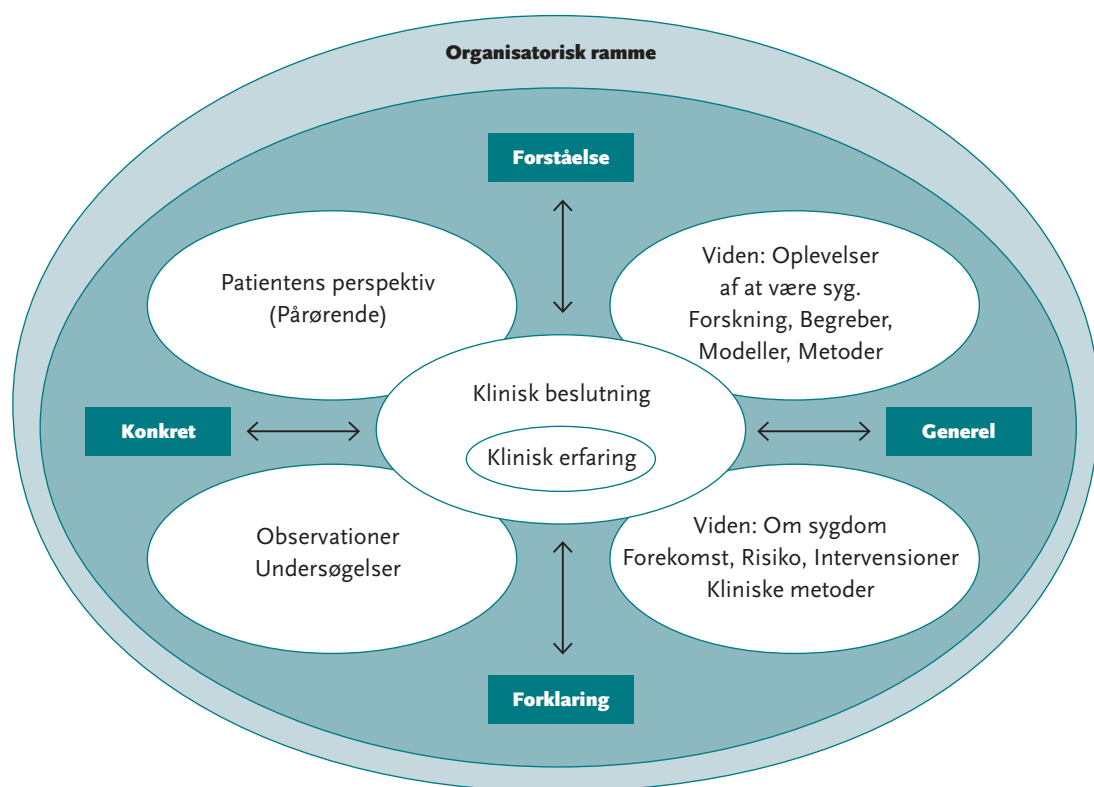
Den Pædagogiske Refleksions Model (PRM) er en pædagogisk metode, der sætter fokus på at styrke kvaliteten af konkrete kliniske beslutninger gennem inddragelse af patientens perspektiv, integrering af forskning og bevidsthed om den organisatoriske rammes betydning i sygeplejen. PRM er, som navnet indikerer, en refleksionsmodel, dvs. den kan bruges både før, under og efter et patientforløb eller i en patientsituation. Det væsentlige er, at det er konkrete patientsituationer, som den tager udgangspunkt i, hvor der er truffet eller skal træffes kliniske beslutninger, der skal reflekteres over og måske kvalificeres.

PRM er udviklet og afprøvet både på erfarne sygeplejersker og sygeplejestuderende i Rigshospitalets Hjertecenter inden igangsættelsen af PÅ TVÆRS. Her er modellen brugt til at træne nyuddannede sygeplejerskers og studerendes kompetence til at træffe kliniske beslutninger gennem systematisk inddragelse af vidensformerne:

- 1) Patientperspektivet (pårørende)
- 2) Observationer og undersøgelser
- 3) Viden om sygdom
- 4) Viden om oplevelse af at være syg
- 5) Klinisk erfaring
- 6) Den organisatoriske ramme

Erfaringer fra Hjertecentret viser, at PRM kvalificerer de kliniske beslutninger i sygepleje til gavn for patienten, samt at sygeplejerskers kompetencer udvikles. En komparativ journalaudit viser, at patientperspektivet blev dokumenteret i 50 % flere tilfælde hos dem, som arbejdede med PRM, i forhold til dem, der ikke brugte modellen. Desuden sås en fremgang i udarbejdelsen af plejeplaner, hvor PRM blev anvendt (Færch og Bernild 2012a). Anvendelsen af PRM understøtter klinisk beslutningstagen og systematisk afdækning af kliniske sygeplejefaglige problemstillinger med mere bevidsthed om inddragelse af patientens perspektiv (Færch og Bernild 2012b).

Pædagogisk refleksionsmodel – et pædagogisk perspektiv på den kliniske beslutning



Kilde: Jane Færch og camilla Bernild. Kvalificering af den kliniske beslutning. Sygeplejersken 11/2011.
Modellen er inspireret af Hørdam, Overgaard, Pedersen (2008) og Upshur (2001).

I projektets begyndelse var klinisk beslutning som begreb ikke beskrevet i National Bekendtgørelse (2008) og Studieordning (2012). De studerende blev derfor præsenteret for et “nyt” begreb, klinisk beslutning. Flere studerende var i den forbindelse kritiske over den manglende sammenhæng og samarbejde mellem skole og klinikken omkring metoder, der arbejder med beslutningsprocesser i sygeplejen. Eksperimentteamet har arbejdet med denne didaktiske udfordring i projekts første periode. I Bekendtgørelse og Københavns Professionshøjskoles curriculum fra 2016 beskrives klinisk beslutningstagen som en central sygeplejefaglig kompetence udviklet gennem hele uddannelsen.

Overordnet har formålet med PRM-eksperimentet både været at afprøve, hvordan PRM-modellen virker gennem et helt studieforløb, og at afprøve den i primær sektor og i psykiatrien. Idéen har været, at hvis de studerende tilegnede sig en velfunderet systematik til at ræsonnere over beslutningstagen, kunne dette skabe sammenhæng mellem ganske forskellige kliniske kontekster, som fx et ambulatorium, en højt specialiseret sengeafdeling, hjemmeplejen, et almenpsykiatrisk afsnit etc. Derudover har der været et ønske om at styrke de studerendes kompetencer til klinisk beslutningstagen i konkrete patientforløb, men også at PRM har kunne medvirke til metarefleksion og kritisk refleksion over sygeplejefprofessionen virksomhedsområde. Endelig har der været et ønske om at styrke vejledernes kompetencer og hermed vejledning af de studerende, hvor fokus er på klinisk beslutningstagen i sygeplejen – i overensstemmelse med det større fokus, som klinisk beslutningstagen fik med studieordningsændringen i 2016.

Eksperimentet i aktion – hvordan vi har arbejdet med den pædagogiske refleksionsmodel

I PÅ TVÆRS gennemføres PRM-eksperimentet i forskellige kliniske undervisningssammenhænge, både i mindre grupper af studerende og individuelt sammen med en vejleder. Metoden anvendes i både klinikforberedende undervisning og ved pro -og retrospektive refleksionsseancer.

For at sikre kliniske vejlederes kompetencer og kvaliteten i udførelse af eksperimentet gennemføres flere certificeringsforløb for kliniske vejledere, uddannelseskonsulenter, uddannelsesansvarlige og undervisere i brugen af PRM. I alt 53 personer fra alle tre sektorer er blevet certificeret i projektets levetid.

De studerende blev introduceret til PRM allerede på første modul, og det er en model, de har arbejdet med i alle deres kliniske perioder. En del af eksperimentet har bestået i planlagte aktiviteter, hvor alle studerende på holdet gennemgik en refleksionsøvelse eller lignende med brug af modellen. Foruden de planlagte aktiviteter har eksperimentet lagt op til, at de studerende selv kunne arbejde fleksibelt med modellen i løbet af deres klinik. For eksempel fik de studerende udleveret en lamineret mini-udgave af modellen, som de kunne have i kittellommen. Flere studerende blev undervejs i projektet ”superbrugere” af modellen, som de også brugte til opgaveskrivning, undervisning af andre studerende og til at få overblik i fagligt udfordrende situationer.

Hvad har vi lært om den pædagogiske refleksions-model og læring i praksis?

Overordnet set er erfaringen, at de studerende nyder godt af anvendelsen af PRM, og at den understøtter læreprocessen hen imod kompetence til klinisk beslutningstagen. De studerendes tilbagemeldinger viser, at PRM kan bruges til at facilitere en refleksionsproces, som på systematisk vis inddrager alle vidensformer i refleksion over klinisk beslutningstagen.

Et centralt perspektiv fra vejlederne er også, at PRM har fokus på konkrete patient/borger-situationer og kvalificering af sygeplejen. Dette bevirker, at flere vejledere oplever udvikling af deres pædagogiske praksis, idet tidligere refleksions- og vejledningsredskaber, som er anvendt i praksis, oftest har været karakteriseret ved at være af mere generel karakter.

PRM øger fokus på patientens perspektiv

Et af PRM's grundprincipper er fokus på patientens perspektiv. Ikke bare forudsætter modellen, at konkrete patienters (eller pårørendes) egne betragtninger, ønsker og behov på den samlede situation danner udgangspunkt for den kliniske beslutning; modellen vægtlægger også, at patientens betragtninger sammenholdes med den viden, der aktuelt er, omkring hvordan patienter i lignende situationer har oplevet denne. Dette afspejler sig i de tilbagemeldinger, både studerende og vejledere har givet, når de vægtlægger, at modellen understøtter beslutningstagen med udgangspunkt i patienten:

Den [PRM] lærte mig faktisk at arbejde med patientperspektivet. Det er jo tit, man glemmer patienten øh, men jeg synes, at hver gang, når jeg arbejder med PRM, har jeg altid patientperspektivet i centrum. Så man tænker, det er jo, det er jo patienten, der skal være i centrum. Man tænker rundt om patienten, alle punkter. Og så starter man derfra. (Emma, 2. studieår)

Det er ikke kun de studerende selv, der oplever, at PRM støtter dem i at medtænke et patientperspektiv i klinisk beslutningstagen. En klinisk underviser fra psykiatrien siger:

Jeg ser altså, at de her projektstuderende, de har en anden tilgang! Og jeg mener, at det er ved hjælp af den her model. De er mere på! De får forberedt sig mere. Og de får i den grad inddraget patientens perspektiv mere, altså de er mere undersøgende i forhold til hvad sker der for patienten? Hvorfor reagerer patienten, som patienten gør? Når jeg sammenligner med de studerende, der er på de andre afsnit, så synes jeg bare, der er en forskel.

Erfaringen er således, at modellen formår at udvikle en kompetence til klinisk beslutningstagen, der tager udgangspunkt i den konkrete patient og dennes unikke situation, samtidig med at forskellige vidensformer inddrages og reflekteres i forhold til beslutningen.

PEDAGOGISK PRM REFLEKSIONSMODEL

• HVORFOR PRM?

STYRKE KOMPETENCEN
TIL AT TRÆFFE
KLINISKE BESLUTNINGER

• 47 VEJLEDERE
ER CERTIFICERET!

UDE I VIRKELIGHEDEN
MODELLEN SKABER
TVÆRSEKTUELLE FÆLLESSKABER
OG FÆLLESSKAB MED DEN
STØDERENDE



KLINISKE ERFARINGER

DER ER
TEGN PÅ
AT PATIENTEN
ER TØRSTIG!

• DET SKAL KVALIFICERES!

MEN DET ER FAKTISK
DEN JEG HUSKER & BRUGER NU!

FØRST SYNES
JEG, AT DET VAR
EN VILDT IRRITERENDE
MODEL

BETTINA
VOERGAARD
POULSEN
PROJEKTLEDER



I følgeforskernes observationer af strukturerede refleksioner beskrives, at når de anvender PRM, kommer de organisatoriske betingelser og betydninger for sygeplejen i langt højere grad i spil, fremfor der, hvor PRM ikke bruges. Der, hvor studerende ikke arbejder systematisk med PRM, ses den sædvanlige måde at arbejde ”hele vejen rundt om patienten” som værende et spørgsmål om fysiske, psykiske, sociale og åndelige behov/problemer.

Model-kampen

Projektklassen blev introduceret til PRM umiddelbart efter studiestart, men det var først sidst på 1. studieår, da de kom i den første ”lange” klinik, at de for alvor begyndte at bruge modellen. På dette tidspunkt var de på uddannelsesinstitutionen præsenteret for sygeplejeprocessen. Ganske mange udtrykte forvirring over at skulle arbejde med en ny metode som PRM. En del kunne ikke se forskellen i formålet med de to modeller; hvor adskilte/supplerede de sig fra hinanden? Og de mente derfor heller ikke, at der var grund til at sætte sig ind i PRM. Andre foretog egne ”oversættelser” fra den ene model til den anden. Som fx Emma og Mille illustrerer i følgende citater:

(...) jeg har svært med at bruge den der PRM stadigvæk. Jeg tror, jeg har bare lært at bruge sygeplejeprocessen, og det er bare den jeg bruger. Det er den måde, jeg tænker. Så der er noget, så jeg tænker altid sygeplejeprocess, og så bagefter, hvis jeg skal bruge den der PRM-model, så er det ikke noget, jeg går direkte til, så bruger jeg sygeplejeprocessen, og så prøver jeg at tilpasse det til den der model. Så jeg har haft det svært med det faktisk. Jeg skal tænke omvendt, ikke? (Emma, begyndelsen af 2. studieår)

Jeg kan også godt lide den der pædagogisk refleksionsmodel, men samtidig, så er det jo også ... Der er så mange forskellige måder at gøre det på, og det er jo også, hvor man har fået det præsenteret altså. Når nu man lige ... Og det er måske også, fordi der er sådan en positiv ånd om projektet, så har man valgt at forelske sig lidt i den og så forsvare den lidt, når andre folks siger, noget er bedre. (Mille, 7. semester)

Citaterne illustrerer den enkle, men ofte oversete pointe, at de fleste modeller forudsætter kendskab og dermed en læreproces, førend de kan anvendes og fungere efter hensigten. Sygeplejestuderende mødes med ganske mange modeller i løbet af deres uddannelsesforløb. De bliver som regel introduceret til modeller enten på skolen eller i klinisk undervisning, men spørgsmålet om, hvordan de forskellige modeller adskiller sig fra eller overlapper hinanden, må de ofte selv tumle med – og det fylder ganske meget.

PRM – en praksisnær metode

En pointe, som PÅ TVÆRS har synliggjort, er, at PRM's styrke er, at den har indlejret en aktualitet, fordi den altid tager afsæt i situationer, man som studerende står i. Hvor andre af PÅ TVÆRS-eksperimenter trækker de studerende ud af det såkaldte "autentiske kliniske rum" og etablerer en efterrefleksion eller en konstrueret og i udgangspunkt planlagt situation, så er PRM tænkt integreret i praksisudfoldelse. Som den studerende Tine udtaler:

[PRM gav] bedre mening end simulationsøvelsen, fordi den tager udgangspunkt i, hvor jeg er i klinikken lige nu, og den faglig viden jeg har her nu. (Tine, 6. semester)

Citatet viser, at man med PRM ikke behøver at indtænke aktualitet og relevans som ydre komponenter, men at klinikken omvendt kan "kalde på" og relevantgøre brug af PRM.

Det, at PRM er en praksisnær model, betyder således, at de som skal håndtere PRM i praksis ofte bliver de daglige vejledere. Det sætter vejlederne i central position, hvorfor der i det følgende afsnit sættes fokus på vejlederperspektivet.

Vejledernes læreproces

Ikke bare de studerende har arbejdet med at lære metoden at kende, det har også mange vejledere. Da modellen blev videreudviklet i Hjertecenteret på RH, har det hovedsageligt været de kliniske vejledere på disse uddan-

nellessteder, der har haft erfaring med at bruge metoden. Ambitionen i projektet har været, at de studerende har skullet arbejde med PRM som refleksionsmetode lokalt på alle deres kliniksteder. For at udbrede og styrke vejledernes kompetencer har PRM-eksperimentet derfor certificeret 53 involverede kliniske vejledere og -undervisere samt koordinerende undervisere fra alle tre sektorer i PRM.

Generelt har vejlederne oplevet, at PRM har medvirket til at styrke vejledningsprocessen ved at være en systematik metode, som skaber overblik og struktur i vejledning af studerende og har fokus på konkrete patient-situationer. En vejleder illustrerer det i en feltnote:

Jeg har haft gavn af at vejlede med PRM, da man kommer hele vejen rundt om patienten. Jeg synes, vi har manglet en model/skabelon at gå ud fra i vejledningssituationer, og derfor har PRM været god at indføre. (Feltnote følgeforsker, observation af somatisk klinik, modul 4)

Kontinuitet og støtte er forudsætninger for systematisk kompetenceudvikling af klinisk beslutningstagen

PRM-eksperimentet har således lagt mange kræfter i at kompetenceudvikle vejledere på tværs af kliniksteder og sektorer. Antagelsen har været, at gode underviserkompetencer er forudsætning for at kunne skabe den ønskede læring hos de studerende. Antagelsen har vist sig at være rigtig, idet de studerendes læring med PRM og hermed udviklingen af kompetence til at træffe kvalificerede kliniske beslutninger udfordres, når vejlederne ikke er klædt på til at bringe PRM i spil i klinikken. En studerende beskriver problemet:

Det er meget forskelligt, hvordan modellen er blevet brugt af de forskellige klinikker, vi har været i. Nogle har brugt den rigtig meget og har været knalddygtige til den. Der er jeg blevet testet og har fået noget ud af det. Og så er der nogle steder, hvor de slet ikke har berørt den, og jeg selv har prøvet at bringe den ind, men når vejlederne ikke er sikre på den, så bruger de den ikke ret meget. (Delphi evaluering, modul 6-8)

Ud over at pege på behovet for støtte til de studerendes læreprocesser, peger citatet på, hvor vanskeligt det reelt er at kompetenceudvikle de kliniske vejledere helt ud i ”sidste led”. Intentionerne og mekanismen i form af et certificeringsprogram har været på plads, og mange ressourcer har været lagt i fra alle aktørers side. Interessen for at blive certificeret har ligeledes været overvældende, og det har reelt ikke været muligt at imødekomme den fra Rigshospitalets side, ligesom det ikke har været muligt reelt at sikre, at samtlige vejledere og undervisere, som projektklassen har mødt, har haft muligheden for at tilegne sig modellen og den tankegang, den bygger på. Dette er et ressourcespørgsmål, men også et spørgsmål om at PRM-modellen er i konkurrence med andre mere velintegrerede refleksionsmodeller – og at det også for undervisere og vejledere opleves som mest tillokkende at holde fast i den eller de modeller, man kender og har indarbejdet i sin undervisningspraksis gennem mange år.

Flere vejledere synes, de har været udfordrede, fordi det tager tid at lære at vejlede med udgangspunkt i PRM og særligt, hvis metoden ikke er implementeret i andre lokale refleksions- og læringsrum. En vejleder beskriver sine refleksioner i interview:

Det er svært at bruge en model, der i øvrigt ikke anvendes i forbindelse med undervisning og vejledning. Den er ikke en integreret del af undervisningen. Hvis man gik systematisk frem, kan jeg godt se, at den er et godt og brugbart redskab, det var bare svært, når jeg manglende kendskab og rutine i den. (Klinisk vejleder, interview, modul 4)

Vejlederne beskriver imidlertid også, at det tager tid at lære at vejlede med udgangspunkt i PRM, og manglende fortrolighed med metoden som særligt udfordrende i vejledningsprocessen. Manglende fortrolighed skal ses bl.a. i lyset af, at metoden ikke er implementeret i andre lokale refleksionspraksisser/læringsrum, sådan som denne studerende har oplevet det:

Nu har jeg lige været i klinik i primær, og der var det fantastisk, hvor bevidste de var om, hvad vi kunne og i hvert fald burde kunne, (...) de havde fuldstændig styr på,

hvad det var vi kunne, men de anede nærmest ikke, hvad PRM- modellen var; de goog-lede sig frem! Det, synes jeg, var ærgerligt, for der var nogle tidspunkter, hvor vi havde refleksion, hvor vi sagde 'så er det vel PRM-modellen vi bruger, for det er det, vi plejer'. Så sagde de 'det må I gerne, men vi ved jo ikke hvad det er, men altså I må gerne bruge den, men vi kan ikke støtte jer. (Helene, 5. semester)

Eksperimentet har derfor arbejdet på at træne de studerende i at bruge PRM på eget initiativ og også at undervise andre fagprofessionelle i modellen; noget en del studerende har gjort. For nogle studerende har dette føltes overvældende, at de skulle være ambassadører for modellen. For andre har det ført til faglig stolthed at kunne være "superbrugere" i en særlig udviklet model til klinisk beslutningstagen.

At bruge PRM pædagogisk

Erfaringen er også, at PRM kræver, at vejlederne øver sig i ikke bare at bruge modellen i sig selv, men også i hvordan den kan bruges pædagogisk. Her er en erfaring, at certificeringen måske kunne involvere understøttelse i brugen af modellen som pædagogisk redskab på forskellige steder i uddannelsen.

PRM-eksperimentteamet har reflekteret og diskuteret udfordringer i anvendelsen af PRM i prægraduat regi i klinisk beslutningstagen, fordi modellen i sig selv lægger op til et stærkt fagligt vidensniveau, overblik og høj grad af refleksion. Som vi så i starten af eksperimentet, hvor de studerende var nye, krævede PRM mere understøttelse i forhold til at kunne afgrænse fokus og holde fast i både den valgte problemstilling og model-lens invitation til at inddrage mange vidensformer og perspektiver.

At anvende PRM til kliniske beslutninger er således en læreproces med stigende progression i takt med den teoretiske og kliniske viden og det erfaringsfundament, som afspejler sig i, at de studerende i starten bruger kræfter på at lære modellen, men også føler sig overhørt i modellen, fordi den kræver, at der sættes konkret viden i relation til en situation.

Beslutningstagen befinder sig på et relativt højt sygeplejefagligt niveau, som kræver en række grundkompetencer i at observere, vurdere, analysere osv., som måske først rigtigt kan udvikles samlet ift. beslutningskompetence ganske sent i uddannelsen. PÅ TVÆRS-projektets arbejde med PRM viser dog, at mange studerende har haft god gavn af at anvende PRM modellen allerede tidligt i uddannelsen, men at det kræver pædagogiske kompetencer hos vejlederne.

Erfaringerne fra projektet peger på, at de studerende i begyndelsen af uddannelsesforløbet kan have svært ved at overskue arbejdet med klinisk beslutningstagen ud fra PRM. De har brug for støtte til både at afgrænse og fastholde fokus. For mange er det meningsgivende at starte med at tage udgangspunkt i patientperspektivet. I den sidste halvdel af uddannelsen er modellen så indarbejdet, at de kan bevæge sig mere frit ind og ud af de forskellige vidensdimensioner.

Både vejledere og studerende bringer ofte flere problemstillinger i spil, hvilket gør det vanskeligt at holde fokus. Ligeledes ses det, at vejlederne har vanskeligt ved at få afgrænset de studerende i udvælgelse af en sygeplejefaglig problemstilling. Ganske ofte bliver vejledningsprocessen tidligt i uddannelsesforløbet karakteriseret af "stram" styring fra vejlederne (vejlederens præmis), overhøring og test af den studerendes faglige viden generelt betragtet. Dvs. vejledningsprocessens fokus bliver på begribelse af modellens vidensdimensioner og er mindre rettet mod en egentlig kvalificering af den kliniske beslutning.

En anbefaling, som PÅ TVÆRS bærer med sig, er derfor, at brugen af PRM ud fra et pædagogisk perspektiv med fordel kan kvalificeres gennem bevidste til- og fravalg af udvalgte elementer i beslutningsprocessen med det formål at udvikle en mere progredierende tilgang til udviklingen af kompetence til beslutningstagning hos den studerende. Derved vil kompleksiteten i selv "enkle" beslutninger også blive tydelige for den studerende.

Fra overhøring til refleksion

Hvor PRM har fungeret godt i starten af uddannelsen (modul 2-4) ses netop ved, at refleksionsseancerne med PRM er karakteriseret af at være stramt styret vejledning. Ulempen med den stramme styring kan være, at seancen får karakter af overhøring. Vejlederne skal således være meget opmærksomme på at vejlede den studerende igennem centrale vidensdimensioner/former, samtidig med at fokus på at den kliniske beslutning fastholdes.

At aktivere de studerendes viden kræver endvidere, at vejlederne her skal have stort indblik i de studerendes teoretiske vidensfundament. Især i begyndelsen af uddannelsen kræver dette meget af vejlederne, specielt fordi de studerende kan have store vidensmæssige huller, hvorfor vejleder ofte tager rollen som underviser på sig og forklarer teori og nyere forskning.

I udfoldelsen af PRM i eksperimentet, har teamet lagt vægt på, at PRM grundliggende er en metode til refleksion; det vil sige, at det er det analytiske arbejde og ikke kendskab til procedurer, der står i centrum. Her kommer mange andre modeller til kort. En studerende beskriver, hvordan hun oplever, at PRM er på vej til at blive en tænkemåde, en tilgang i det kliniske arbejde:

Jamen, vi har haft forskellige modeller om, hvordan man kommer hele vejen rundt og bruger forskellige vidensformer og sådan noget. Og jeg synes stadigvæk, at PRM-modellen, det er den mest fuldstændige, som får det hele med. Altså patienten og de pårørende og viden om at være patient og viden om at være sygeplejerske og viden om anatomi og fysiologi. Altså det er den, der samler det hele bedst. De andre, de har været sådan lidt halve, så kan man bare smide dem væk, og så kan man bare bruge PRM-modellen, fordi den opsummerer ligesom alle de andre tilsammen, synes jeg på en eller anden måde. Jeg synes virkelig, den har været god, fordi hvis man, hvis man, hvis

man ligesom lærer at bruge den, så bliver det jo sådan automatisk, at man kommer rundt om den, så behøver man ikke at have den i lommen og sådan sidde og kigge på den. Det er ikke, fordi den er blevet automatisk for mig, men det vil den blive. Det er også sådan en grundlæggende indstilling til, måske at se tingene på. (Emma, 7. semester)

Her har vi en studerende, som netop har fanget, at modellen ikke er en instrumentel model, men en model som mere udgør en grundliggende måde at forstå og handle på i klinisk praksis.

Opsummering på PRM-eksperimentet

PRM som model sætter fokus på sygeplejefaglighed lige fra starten af uddannelsen. Modellen har fulgt de studerende gennem deres uddannelsesforløb og skubbet til de studerendes læreprocesser. De studerende har arbejdet meget forskellige med modellen, alt efter hvilken klinisk kontekst, de har været. Nogle gange har de stået med den i hånden alene, og andre gange har de været i det kliniske rum, hvor vejlederne kunne understøtte brug af modellen. PRM-modellen har vist sig lærerig for de studerende i forhold til at tilegne sig kompetence i klinisk beslutningstagen, men den har også vist sig at rumme et potentiale i forhold til at tilegne sig en grundliggende forståelse af sygeplejefaget. Samtidig medfører modellen en vis risiko for en overhørende paratvidens-fokuseret vejledningspraksis, der ikke altid er frugtbar i relation til arbejdet med at forstå kompleksiteten i klinisk beslutning. En mere analytisk tilgang synes at kræve et større overblik af vejlederne, men udbyttet er, at de studerende lærer at observere patienten og at inddrage viden til at vurdere en situation – med stadig højere grad af selvstændighed. Modellen har vist sin styrke ved at have en fleksibilitet indbygget, og derigennem har den kunnet understøtte og udvikle ikke-standardiseret og ikke-instrumentel tænkning, der først og fremmest privilegerer analysen af den unikke patient-situation.

Anbefalinger fra PRM-eksperimentet

- Det kan med fordel tydeliggøres for de studerende, hvordan PRM ligner og adskiller sig fra andre modeller i sygepleje, fx sygeplejeprocessen, men også refleksionsmodeller anvendt i fx psykiatrisk sygepleje.
- PRM bør introduceres og indarbejdes gradvist i løbet af uddannelsesforløbet. Man kan med fordel starte med at fokusere på patientperspektivet og herefter bygge de andre vidensformer på.
- Vejledning ved brug af PRM bør understøtte analytisk refleksion og undgå overhøring.
- Vejleder skal være opmærksom på at tydeliggøre og fastholde fokus på den kliniske beslutning, når modellen bruges til refleksion med den studerende.
- PRM må tilpasses den enkelte kontekst. Erfaringen er, at metoden, når den anvendes, tilpasses og interagerer med konteksten. Dette får indflydelse på læringsprocesserne.
- PRM er en metode, der kræver læring og aktiverer læring hos alle deltagere, hvorfor certificering af vejledere/undervisere og kontinuerligt brug af modellen anbefales.
- PRM er velegnet til at bruge som metode i forskellige læringsrum fx:
 - Klinikforberedende undervisning, hvor fokus er at tydeliggøre og udfolde den viden, sygeplejefprofessionen arbejder med i forhold til generel klinisk beslutningstagen i patient/borgerforløb
 - Prospektiv refleksion på klinisk beslutningstagen; dvs. fokus på hvilke beslutninger, den studerende skal arbejde med i forhold til et konkret/potentielt problem, som er i patient/borgerforløbet
 - Retrospektiv refleksion, hvor fokus er på refleksion over og kvalificering af klinisk beslutningstagnings, relateret til udvalgt patient/borger
 - Vejledning i konkrete patient/borgerforløb

SIM-eksperimentet: Simulations- og klinisk færdighedstræning

Af Anne Frandsen, delprojektleder

Baggrund og formål

I PÅ TVÆRS-projektet har vi arbejdet systematisk med at tilbyde simulationstræning til projektklassen gennem hele uddannelsen. Simulations-træningen supplerer de oplevelser og den læring, der foregår i klinisk praksis med virkelige patienter (Aggarwal et al. 2010) og giver anledning til, at de studerende kan tilegne sig færdigheder og kompetencer, uden at patientsikkerheden kompromitteres. Samtidig giver simulationstræning mulighed for gentagelse og dermed for at øve, således at den studerende oplever den fornødne sikkerhed (Aggarwal et al. 2010; Lewis, Strachan og Smith 2012; Mould, White og Gallagher 2011; Rutherford-Hemming, Lioce og Durham 2015; Zigmont, Kappus og Sudikoff 2011a).

Simulation bliver i stigende grad brugt i sundhedsprofessionsuddannelserne, og SIM-eksperimentet er således en oplagt mulighed for at bidrage til det vidensgrundlag, der savnes med henblik på at implementere den pædagogiske metode i stor skala i sygeplejerskeuddannelsen.

Formålet med at eksperimentere med simulations- og klinisk færdighedstræning i PÅ TVÆRS har været at styrke de studerendes kliniske færdigheder og kompetencer og dermed medvirke til, at de studerende opnår en højere grad af parathed ift. at kunne indlemmes på det sygeplejefaglige arbejdsmarked umiddelbart efter dimission.

Forskning i simulationstræning og klinisk færdighedstræning viser, at metoden bidrager til udvikling af kritisk refleksion og hermed bedre evne til klinisk vurdering og klinisk beslutningstagning (Jeffries 2005; Powell-Laney, Keen og Hall 2012; Sharpnack, Goliat og Rogers 2013). Forskningen peger endvidere på, at simulationsøvelser kan medvirke til at styrke lederskab, udvikle fagidentiteten og sætte fokus på kvalitet og patientsikkerheds perspektivet (Aggarwal et al. 2010; Lewis et al. 2012; Mould et al. 2011; Rutherford-Hemming et al. 2015; Zigmont et al. 2011a). Endelig peger den eksisterende viden på, at studerende oplever øget selvtillid efter simulationsøvelser, særligt ved gentagelse af samme scenarie (Ironsides, Jeffries og Martin, 2009; Jeffries 2005), og at viden fra simulation huskes bedre end viden fra traditionel undervisning, fordi simulation er en aktiverende og involverende læringsform. (Zigmont, Kappus og Sudikoff 2011b).

Der er mange forskellige udgaver af simulationstræning, I PÅ TVÆRS har vi arbejdet med en ganske struktureret ramme for simulationstræningen:

En facilitator og 5-10 deltagere gennemfører et simulationscenarie. Til simulationstræningen udarbejder facilitator en samlet strategi med afsæt i fokusområder, definition af matchende læringsmål og dernæst valg af en relevant pædagogisk metode (Motola, Devine, Chung, Sullivan og Issenberg 2013)

Antagelsen har været, at nøgleelementer for en succesfuld simulationsseance er planlægning og pre briefing, engagement, et realistisk scenarie med forstyrrelser og debriefing (Motola et al. 2013; Mould et al. 2011). De studerende briefes til setting, læringsmål, aktører og udstyr med henblik på at kunne agere og leve sig ind i scenariet. I debriefingen er der fokus på at skabe læring og ikke på vurdering af deltagernes kompetencer. Debriefingen giver dermed mulighed for at udforske og få mening ud af, hvad der er sket i en situation, og hvad der kan arbejdes på fremadrettet. Dermed anses debriefing som et vigtigt element for kritisk refleksion og læring (Dreifuerst 2009; Mould et al. 2011; Rutherford-Hemming

et al. 2015; Zigmont et al. 2011b, 2011a). Dette stiller krav til facilitatorens kompetencer og systematik i debriefingsprocessen. (Aggarwal et al. 2010; Mould et al. 2011). En effektiv debriefer forstår at engagere deltagerne, opbygge et åbent miljø, der er psykisk sikkert og befordrende for læring. Hun hjælper deltagerne med at identificere og udforske huller og optimere ydeevnen samt forbedre fremtidig performance. (Gardner 2013). I PÅ TVÆRS er alle kliniske undervisere i simulationsteamet uddannede facilitatorer.

Eksperimentet i aktion – hvordan vi har arbejdet med simulations- og færdighedstræning

De studerende har gennemført SIM-træning gennem hele deres uddannelse. Allerede på modul 2 (1. semester) blev de studerende introduceret til metoden gennem et scenarie, hvor formålet var at træne klinisk observation og kommunikation med en ældre medicinsk patient. Senere mødte klassen færdighedstræning i personlig hygiejne som en del af den lange kliniske periode på modul 4. I forbindelse med de kliniske perioder i primærkommune og psykiatri valgte vi at gennemføre en fælles workshop, hvor kliniske undervisere fra alle tre sektorer deltog, og hvor vi gennemførte forskellige scenarier i tværsektorielt samarbejde; herunder et simulationsscenarie i en hjemmeplejesituation. Dette blev fuldt op i 6. semester med en hel dags simulationstræning med scenarier både i psykiatri og somatik.

Hvad har vi lært om simulations – og færdighedstræning?

Overordnet set har arbejdet med simulationstræning vist sig ganske frugtbart. Simulation har den fordel, at de studerende også møder metoden andre steder i uddannelsen, og at de også er bevidste om, at det er noget, der knyttes store forhåbninger til som læringsrum – også i regi af professionshøjskolen samt på lægeuddannelsen. Vi har, måske derfor, oplevet de studerende som vældigt motiverede for simulation.

Det samme gælder færdighedstræningen, der meget direkte taler ind i de studerendes ønske om at ”kunne det basale” og dermed leve op til

de arbejdsmarkedskrav, som meget tidligt internaliseres i de studerende. Projektledergruppen har imidlertid også haft overvejelser i forhold til, hvilket syn på kernefagligheden og kernefaglighed hos nyuddannede, projektet var med til at skabe, ved fx at etablere ekstra træning i udvalgte færdigheder på 5. semester. De studerende fortalte, at de var nervøse for, om de var klar til den sidste klinik, fordi de fornemmede, at de manglende kliniske færdigheder. Argumentet var, at hvis de i det mindste vidste, at de kunne anlægge et kateter, ja, så ville det give dem en tryghed. Nogle af dem udtrykte også frygt for at komme ud som nyuddannet uden den fornødne erfaring i fx at kunne tilse et sår.

Andre studerende synes at mene, at formålet med sygeplejerskeuddannelsen ikke var at opnå et bestemt sæt af kliniske færdigheder, men at kende grundprincipperne i klinisk arbejde, så de kunne tilegne sig de for eksempel specialefærdigheder, som deres kommende arbejdssted ville efterspørge, og at det var umuligt at kunne alle færdigheder inden for rammerne af det enkelte uddannelsesforløb, hvor man alt andet lige kun stifter bekendtskab med et begrænset antal kliniske specialer.

Forskellige måder at arbejde med simulation

I selve simulationseksperimentet har vi primært arbejdet med helstøbte situationer og patientforløb – bl.a. ud fra et argument om, at kliniske færdigheder altid indgår i en kontekst og derfor også med fordel bør læres som et element i en større sammenhæng, hvor også fx kommunikation, etiske overvejelser og samarbejde med andre faggrupper indgår. Derfor har vi fx udviklet scenarier med fokus på overgange mellem sektorer, hvor vi har bragt kliniske undervisere fra forskellige kontekster til at lave fælles scenarier, og det har fået de studerende til at åbne blikket for, ikke bare patientforløbet isoleret set, men også for hvordan de professionelle arbejder sammen og er bærere af forskellige faglige forståelser.

I forbindelse med de beskrevne workshops på modul 8 og 6, hvor vi på tværs af sektorer lavede scenarier, oplevede de studerende det udfordrende at navigere og anvende viden og metoder fra hospitalets kontekst i en ny kontekst, nemlig patientens eget hjem. Her var debriefing-processen medvirkende til, at de studerende fik øje på ligheder og forskelle på de

metoder, der anvendes i de forskellige kontekster, og på hvordan de kunne overføre og anvende deres kendte viden i ny kontekst:

Studerende: ”Altså, det er jo, hvad hedder det, nogle af de ting vi har gjort, det der virker, at man kan tage det i brug igen ... æhm ... Man er også [pause] ... ja, har fokus på nogle af de symptomer, og hvor meget observation egentlig betyder”.

Den studerende henviser her til, at det at observere patienter er noget, man som sygeplejerske gør uagtet kontekst, men at observationen kan være svær at få øje på i en ikke-hospitalskontekst – måske fordi det scenarie, hun lige har gennemspillet, er i en hjemlig ramme, som hun ikke i forvejen forbinder med sygeplejefaglighed. Her er det først i debriefingen, at hun får øje på, at selve handlingen isoleret set er ganske den samme som på hospitalet; det at gøre relevante observationer er en sygeplejefaglig kernekompetence.

Men dette scenarie åbner også op for andre aspekter i forhold til, hvilke handlemuligheder man har, når borgeren mødes i eget hjem og ikke på hospitalet.

I scenariet er der en rygende kvinde, der har åndenød pga. KOL. I en af gennemspilningerne, vælger én af de studerende, der spiller sygeplejerske, ikke at påtale at borgeren tænder en cigaret. Det at SIM-aktiviteten gestalter en samlet situation, gør at handlingen situeres og dermed fremtræder mere kompleks, end den kan gøre i lærebøgerne, hvor sygeplejerskens rolle ofte vil være at fraråde rygning.

Facilitator: ”Jeg kunne godt tænke mig at spørge, hvad for nogle overvejelser havde du, da Lise tog cigarettet? Kan du huske, hvad du tænkte, eller hvad var det afgørende for dine handlinger?”

Studerende: ”Det var VIRKELIG et dilemma, fordi jeg tænkte ... jeg ryger ikke ... men jeg har kvinder [på fødeafsnittet, hvor den studerende er i klinik], der ryger, når de har født, så bruges det til at få lidt ro i kroppen, så jeg tænker, måske kunne det have

den der effekt, at hun slapper af, selvom det er dårligt, men, men det kunne have en god psykisk effekt.”

Facilitator: ”Mmm, ja, mmm ...”

Studerende: ”Men samtidig tænkte jeg, at som sygeplejerske/sygeplejestuderende, så skal man jo reagere.”

Facilitator: ”Ja, og hvordan skal man reagere?”

Studerende: ”Ja, jeg havde det lidt svært faktisk og tænkte, hvordan jeg skulle gøre det ...”

(Taler i munden på hinanden.)

Studerende: ”Ja, jeg må ikke bestemme over hende, men hun er i en situation lige nu, hvor hun har brug for, at jeg tager over ...” [utydeligt], så måske skal jeg tage lidt ekstra ...” en del af ansvaret med hende, så jeg ikke bestemmer over hende. Jeg prøver i hvert fald at få guidet hende over til en handling, der kan hjælpe hende i denne situation.”

Facilitator: ”Ja, og hvordan var det, Lise reagerede på det med cigaretten?”

Studerende: ”Der var ikke så meget modstand, men der var jo i hendes kropssprog i hvert fald. Hun ville gerne igen prøve at tage cigaretten, og hendes ansigtsudtryk viste, at hun ville gerne, ikke?”

De studerendes mundtlige tilbagemeldinger viste, at det havde været udfordrende og lærerigt at øve sig på at agere i den nye kontekst. Et par citater fra evalueringerne:

Simulationsscenariet var sjovt sat op og gav et indblik i en situation, man kunne komme til at stå i.

Blev udfordret i simulationsscenariet med en KOL-pt., der ryger, hvad gør man så? Jeg tror, det er rigtigt godt at blive udfordret på, fordi én ting er at læse det i en bog.

Citaterne illustrerer, hvad SIM-scenarierne også kan, nemlig at anskueliggøre at handlinger i en situation ofte er baseret på vurderinger, hvor det ikke nødvendigvis giver mening at tale om, hvad der er rigtigt, og hvad der er forkert. I sygeplejelitteraturen er dette ofte oversat til et spørgsmål om at kunne overføre teori til praksis, men det, der her viser sig, er, at det ofte er mere komplekst end som så.

SIMULATION & KLINISK FÆRDIGHEDS TRÆNING



ANNE FRANDSEN
PROJEKTLEDER



PÅ HOSPITAL
PATIENT: LISE

GODDAG
LISE -
NU SKAL DU
OP AT SIDDE

ØH - DIN ?
HUND

DU SKAL
AFDÆKKES -
NEJ TILDÆKES!

ER DET
NU EN
NY IGEN!

JEG
FRYSER!



**PATIENT
SKAL HJEM**

AV!
ÅH NEJ
ÅH NEJ
JEG KAN IKKE
KOMME
HJEM

ØH!
JA!
MÅ JEG
IKKE DET?

HJEMME

SIDDER DU & I
RYGER!

- MÅSKE JEG
DU PRØVE
ILTAPPARATET
I STEDET.

ENIGHED
OM VI SKAL
!

MODUL 2.

- VIDEO KAN VÆRE GRÆNSEOVERSKRIDENDE
- BRIEFING INDEN SIMULATION ER NØDVENDIG

MODUL 4

- Udstyret skal være der, hvis det skal være realistisk
- Sygeplejerske spiller patient i stedet for student

MODUL 6-8

- Svært at bringe viden i spil i nyt scenarium
- Og krævende at skabe scenariet

SIM viser de studerende, hvordan sygepleje ofte handler om at kunne balancere forskellige hensyn og faglige vurderinger i en given situation; hvor man på den ene side skal tage hensyn til borgerens egne valg og på den anden side skal optræde fagligt forsvarligt.

Samtidig viser citaterne, at de studerende opnår et vigtigt indblik i, at de skal handle i sygeplejefaget. At det er situationer, de kommer til at stå i og skal håndtere.

Fordi PÅ TVÆRS har tilbudt simulation til projektklassen hele vejen gennem deres uddannelsesforløb, og vi ligeledes har arbejdet med at inddrage undervisere fra primær og psykiatri, har vi fået blik for, at simulationsmetoden kræver tilegnelse; både af studerende og undervisere. Selvom simulation og debriefing gennemføres af meget erfarne undervisere, kan man således ikke regne med, at de studerende opnår det ønskede læringsudbytte, hvis ikke de er bekendte med metoden. Det betyder, at man i starten skal bruge tid på at introducere og øve metoden, før der kan fokuseres på det kliniske læringsudbytte.

At spille roller

I simulation er det et vilkår, at patienterne ikke er virkelige, og scenarierne er opdigtede. Problemet er i SIM-litteraturen kendt som "autencitetsproblemet", og det søges løst fx gennem livagtige kropsmasker (Mainey, Dwyer, Reid-Searl og Bassett 2018; McAllister, Searl og Davis 2013) eller i high fidelity-SIM ved brug af robotter, der responderer livagtigt på de professionelles interventioner. Autencitetsproblemet har også været aktuelt i PÅ TVÆRS, hvor nogle studerende har syntes, det var kunstigt at skulle spille roller:

Studerende: "Altså, jeg tvivlede virkelig på det der simulation, hvor vi sådan skulle spille skuespil. Og så var jeg en af skuespillerne, første gang vi havde det. Og faktisk så fik det mig til at sådan, altså lægge mærke til nogle ting, ved at man gik ind og fik at vide af observatører og sådan, og man så skulle gøre det igen. Så jeg tror, det kan være rigtig godt til sådan at gøre opmærksom på nogle situationer, selvom det kun er skuespil." (Lisa, 4. modul)

Denne studerende er i starten skeptisk i forhold til at skulle spille roller. Imidlertid bliver hun overrasket over, hvor virksomt det er, når hun allerede fra start bliver kastet ud i at spille sygeplejerske og samtidig får observatører til at se på sig udefra.

I begyndelsen spillede de studerende selv rollen som patient, men tilbagemeldingen var, at rollen som patient var svær at håndtere – især hvis man ikke har erfaringer med at være patient og kun sparsom klinisk erfaring. Det var også udfordrende for de studerende, der agerede sygeplejersker, at tage simulationen alvorligt, når ”patienten” var en af deres medstuderende:

Ja, altså, altså det, jeg har oplevet, (...) altså, årh, jeg ved det ikke. Altså, jeg kan godt nogle gange have lidt svært ved det der sådan. Jeg har været med, og jeg har, jeg har gjort mig umage med det, vi skulle, men det virker meget skuespilagtigt, så jeg ved altså ikke, om jeg har, om jeg har fået så meget ud af det.

Det blev efterfølgende besluttet at lade kliniske undervisere agere patient. Man forsøgte desuden at skabe realisme i scenarierne gennem brug af rigtigt hospitalsudstyr, parykker og kostumer, og at skabe en dagligstue, da et scenarie skulle foregå i en borgers hjem.

Muligheder og udfordringer ved kropslig læring

Vi ved, at læring rummer en kropslig dimension (Knudsen, Sillesen, Poulsen og Schmidt, 2011). I det følgende eksemplificerer vi gennem analyse af færdighedstræning med fokus på personlig pleje, hvordan den kropslige dimension både byder på læringspotentialer, men også på udfordringer af de studerendes læringsproces.

Intentionen med at anvende færdighedstræning i forhold til læring af personlig pleje er, at de studerende både får lov at øve sig i proceduren, at gøre sig erfaringer med den professionelle relation til patienten med behov for hjælp til personlig pleje, samt reflektere over intimitet og blufærdighed i den forbindelse. Vores erfaring viser, at det var en svær balance at udfolde dette læringspotentiale uden at overskride de studerendes grænser for blufærdighed. For nogle kan oplevelsen af det ubehagelige ved at blive blufærdig skabe meningsfuld læring om, hvordan det kan opleves at være

patient. Her en udveksling mellem to studerende fra fokusgruppeinterview på 4. modul:

Katja: "De der body wash [vaskeservietter]! Jeg bruger dem seriøst aldrig. For det var forfærdeligt at blive vasket med dem (...) Det har jeg prøvet selv. Jeg kan tydeligt huske det!"

Nina: "Ja ..."

Katja: "Og Magnus, der bare løftede min arm og så bare lige [vaske, vaske]. Det var bare sindssygt grænseoverskridende, bare sådan under armene, det gav mig virkelig også sådan et, et billede af, hvordan det må være at gøre det på en patient."

Nina: "Helt klart."

Katja: "Og efter det, så var jeg virkelig også sådan: 'Nu vasker jeg dig lige under armen. Det kan godt være, det er lidt koldt og sådan [blid stemme]'. Altså man er virkelig meget mere opmærksom. Det er vigtigt også selv at prøve at være patient, ikke?"

Nina: "Jeg tror, det giver enormt meget."

Citatet referer til en undervisningsaktivitet i personlig pleje, der fandt sted i simulationslaboratoriet. Udover at illustrere, hvordan viden om vaskeservietter og -procedurer erindres kropsligt, vidner de studerendes fortællinger om, hvordan undervisning i forhold til personlig pleje i simulationsrummet kan åbne for en række følelser af, at ens grænser bliver overtrådt og dermed, hvordan simulationsrummet ikke automatisk opleves som trygt for de studerende, selvom det ofte fremhæves som sådan i den eksisterende forskning (Aggarwal et al. 2010; Lewis et al. 2012; Mould et al. 2011; Rutherford-Hemming et al. 2015; Zigmont et al. 2011a). Man sætter sig selv i spil, blotter sig og bliver påtvunget en intimitet med sine medstuderende, hvilket ikke altid opleves som behageligt. For nogle studerende bliver intimiteten så grænseoverskridende, at det opleves utrygt:

Stina: Jeg synes heller ikke, det gav nogen mening, at man skulle ligge mellem, med sådan nogle attrapper mellem benene og blive vasket af en anden. Fordi (...) det er bare grænseoverskridende. Det havde jeg virkelig ikke lyst til (...), og det ville alligevel ikke være den samme oplevelse, jeg havde ved at ligge der med mine medstuderende, som hvis jeg lå og var syg på et hospital. Så det ville alligevel ikke lære mig om den situation, det ville være, at hverken patient eller sygeplejerske, øh, fordi det var jo ikke det, vi var. (...) Så jeg synes, det, det giver ikke nogen mening som sådan.

Citatet viser den vigtige pointe, at der er forskel på en klinisk situation, og på hvad der foregår i læringslaboratoriet. Derfor bør man – især med tanke på den rolle, denne metode tiltænkes i fremtidens sygeplejerskeuddannelse – diskutere, om de studerende mest hensigtsmæssigt lærer om blufærdighed og etisk handlen ved selv at opleve blufærdighedskrænkelse, eller om læringsmålet lige så godt kan opnås på anden vis.

De-briefingens potentialer

Empirien fra simulationsindsatsens debriefingseance peger på, at den tryghed, der kan mangle i selve simulationen, kan skabes i debriefingen, når der fokuseres på det, der fungerede godt i scenariet. Her er det en medstuderende (Emma), som efter scenariet påpeger, hvad hun oplevede som godt i studerende Peters performance:

Peter: "Det blev lidt rodet, syntes jeg. Det blev ikke lige sådan en systematisk tilgang."

Underviser: "Ja ..."

Emma: "Det føler jeg ikke, sådan når vi sidder her."

Underviser: "Hvad siger I, som holdt øje med det?"

Emma: "Altså I fik hende op at sidde og lavede frie luftveje. Det er jo det primære."

Underviser: "Ja, det gik faktisk ret hurtigt, ikke?"

Emma: "Jo."

Underviser: "Ja ..."

Emma: "Hun fik puder under armene."

(Debriefing, modul 2)

Citatet viser, hvordan man som studerende nemt kan komme til at fokusere på det, som ikke gik godt i et scenarie. Peter syntes selv, at det var et noget rodet forløb; måske fordi det har føltes rodet. Som udenforstående ser Emma noget andet; at de handlinger, der er blevet udført, er rigtige og hurtigt udført.

Interaktion og læreprocesser i debriefing

I forskningslitteraturen er der et stort fokus på, hvordan man som underviser tilrettelægger og faciliterer debriefing med henblik på at skabe effektiv læring. I PÅ TVÆRS er vi gennem analyser af debriefing-sessioner

blevet opmærksomme på, hvordan undervisere – på trods af fælles udgangspunkt – er meget forskellige i deres facilitering. Nogle styrer autoritativt og med fokus på de studerendes paratviden og de formelle læringsmål. Andre åbner for refleksioner og faglige usikkerheder. Spørgsmålet er, hvad det betyder for de studerendes læreprocesser?

Dette spørgsmål har vi arbejdet med i en videnskabelig artikel, der har fået titlen ”Into the black-box of learning in simulation debriefing” (Frandsen og Lehn-Christiansen, in press). Her tager vi udgangspunkt i Knud Illeris’ teori om læring (Illeris 2002) og sætter derigennem fokus på spillet mellem interaktioner, motivation og indholdet i debriefingen og undersøger, hvilke læreprocesser, der skabes. Analysen peger på, at der selv i simulationsøvelser med ganske få læringsformål ”gemmer sig” en stor mængde fagligt stof, der reelt ikke lader sig favne inden for den tidsramme, der er afsat til debriefingen. Derfor bliver facilitator nødt til at prioritere stoffet. Analysen peger på, at ”det hårde” naturvidenskabelige stof (fx viden om kredsløb) prioriteres over det mere ”bløde” stof (fx patientinddragelse, kommunikation). Derudover peger artiklen på, at de studerende ofte forsøger at bruge debriefingen til at reflektere over de erfaringer, de har fra klinisk praksis. Det er dog sjældent, at der er et 1:1 sammenfald mellem de studerendes erfaringer og de formelle læringsmål, hvorfor de kan betragtes som konfliktuerende motivationer. Ofte forsøger facilitator, i overensstemmelse med den eksisterende litteratur på området, at navigere i disse spændinger ved enten at fastholde en stram og fokuseret struktur med fokus på de formelle læringsmål eller ved at nedprioritere de formelle læringsmål og give plads til de studerendes erfaringer. Ingen af disse strategier synes at være tilstrækkelige til at forløse det reelle læringspotentiale hos de studerende.

Opsummering på SIM-eksperimentet

Vi har gennem SIM-eksperimentet erfaret, at de studerende kan lære meget af at arbejde med simulerede scenarier efterfulgt af debriefing, med refleksioner og feedback over, hvad der skete med udgangspunkt i læringsudbyttet for scenariet, og hvilke alternative handlemuligheder, der kunne

være i situationen. De studerende er som udgangspunkt motiveret af at arbejde med at tilegne sig kliniske færdigheder, som giver status og trykthed at kunne, og som lever op til herskende forestillinger om, hvad man skal kunne som nyuddannet sygeplejerske. Omvendt har SIM-eksperimentet lært de studerende at kunne se forskellen i et udefra- og indefra-blik på samme situation; og at indefra-blikket i virkeligheden udføres af handlinger. Herved har SIM understøttet ikke kun handlekompetencen, men også de studerendes forståelse af et vigtigt grundvilkår i sygeplejefaget; at situationer kræver handling og refleksion i praksis, såvel som over praksis (Schön 1983). Det anskueliggør den pointe, at selve det at handle kan medføre, at situationer ikke kan styres eller kontrolleres og derfor kan virke uoverskuelige, selv om de med et udefra-blik virker langt mere fornuftige og ordnede.

Det at arbejde struktureret og efter den samme skabelon, giver mulighed for at lære SIM-metoden godt at kende, samtidig med at det også kan virke begrænsende for, hvad der er muligt. I SIM-eksperimentet har vi set, at det at arbejde med problemkomplekser og patientforløb i simulation åbner for læreprocesser, hvor de studerende får øjnene op for, at der ikke altid er en entydig og oplagt løsning i situationer, som er mere komplekse. Dette er ikke alene et spørgsmål om at overføre teori til praksis, men i virkeligheden et spørgsmål om at finde egne veje til læring i praksis. Her kan det vise sig, at simulationstræning i virkeligheden kan danne basis for en dybdelæring, som senere kan overføres til andre situationer eksemplarisk. Derfor er det heller ikke alene et spørgsmål om at komme igennem en lang række scenarier, men at prioritere tid til udvalgte og gennemarbejdede scenarier, hvor der er mulighed for fordybelse og refleksion – og genafprøvninger og nye roller i reelt trykke læringsrum.

En anden læring, som eksperimentet bærer med sig, er derfor, at simulation giver mulighed for læring i spændingsfeltet mellem kontrol og sikkerhed på den ene side og ustyrlige og konkurrerende læreprocesser på den anden. Dette er en balancegang, som er præget af de relationer, som er i SIM-rummet.

Anbefalinger fra SIM-eksperimentet

- SIM udgør et ”tredje læringsrum”. Det er ikke blot der, hvor teori kan møde klinisk praksis, det fungerer på egne præmisser og kræver sin egen pædagogiske tænkning. Vær tydelig og reflekteret omkring dette, og vær opmærksom på, at også dette læringsrum har egne muligheder og begrænsninger.
- Giv tid og plads til, at nye studerende kan lære metoden at kende. Forvent ikke, at det formelle læringsudbytte kan opnås før end de studerende er trygge ved metoden, ved hinanden og ved facilitator.
- Vær opmærksom på, at studerende kan opleve det som grænseoverskridende og blufærdighedskrænkende at skulle øve sig på/med sine medstuderende – kan dette retfærdiggøres?
- Undgå læringstrængsel ved at ”overfylde” scenariet og debriefingen med fagligt stof og mange læringsmål. Oftest vil et enkelt læringsmål være rigeligt.
- Vær opmærksom på konkurrerende læringsmål (formelle såvel som uformelle) og på, hvordan man som facilitator prioriterer disse.
- Vær meget opmærksom på interaktionen og på at understøtte og anerkende de studerendes bidrag. Husk, at man som facilitator har en magtfuld position, der både kan støtte og lukke for de studerendes læringslyst.
- Overvej hvad man stiller op med de studerendes egen motivation og behov for at bearbejde egne kliniske erfaringer – disse vil ofte ligge ved siden af eller i forlængelse af de formelle læringsmål – men rummer store læringspotentialer.
- Overvej forholdet mellem at opretholde forestillingen om, at de studerende, som færdiguddannede, skal kunne et bestemt katalog af færdigheder, og at give dybdelæring i samlede situationer/forløb.

FAM-eksperimentet:

Medicinhåndtering og farmakologiske kompetencer

7

Af Lis Suhr, delprojektleder
og Betina Wilhjelm, projektleder

Medicineringsfejl udgør en stor risiko for patientsikkerheden, og der sker fortsat mange utilsigtede hændelser og nærhændelser. I 2015 rapporteredes der i alt 183.445 utilsigtede hændelser med relation til medicinering. Medicinering, herunder væsker, er den hyppigst anvendte klassifikation af hændelser fra både patienter/pårørende og sundhedspersoner (Dansk Patientsikkerhedsdatabase, Årsberetning 2015).

FAM-eksperimentet sætter fokus på én bestemt del af sygeplejersker: Medicinhåndtering og farmakologiske kompetencer. Nyuddannede sygeplejerskers kompetence på dette område har gennem de senere år været udsat for kritik af myndigheder, aftagere og nyuddannede sygeplejersker.

Arbejdsgiverne peger på, at nyuddannede sygeplejerskers kompetencer i medicinhåndtering og farmakologi bør styrkes (Professionshøjskolen Metropol, aftagerundersøgelsen 2015, sygeplejerskeuddannelsen). De nyuddannede sygeplejersker mener ligeledes, at medicin/medicinering bør have højere prioritet i uddannelsen (Professionshøjskolen Metropol, Dimittendundersøgelse 2013, sygeplejerskeuddannelsen).

Studier viser, at når der sættes systematisk fokus på medicinhåndtering og farmakologi i uddannelsen, vil de studerende opnå flere færdigheder i medicinhåndtering og styrkede farmakologiske kompetencer (Bourbonnais et al 2014; Orbæk et al 2014).

FAM-eksperimentet har som mål at sætte fokus på medicinshåndtering og farmakologiske kompetencer fra uddannelsesstart, på tværs af alle moduler og semestre og kliniske undervisningssteder, for herigennem at brede kompetenceudviklingen ud og skabe sammenhæng i denne.

Eksperimentet i aktion – hvordan vi har arbejdet med medicinshåndtering og udvikling af farmakologisk kompetence

Aktiviteterne i FAM-eksperimentet har haft forskellig karakter. I alle kliniske moduler (semestre) arbejdede de studerende med den såkaldte ”Logbog i medicinshåndtering”, som Region H indførte i 2015. Formålet var at understøtte de studerendes læring inden for medicinshåndtering i alle kliniske moduler, og logbogen giver mulighed for skriftlige og mundtlige refleksioner samt dokumentation af medicinshåndtering. Flere kliniske undervisere fra PÅ TVÆRS var med i ideudviklingen og det videreudviklingsarbejdet bag logbogen, og projektklassen anvendte i lighed med øvrige studerende logbogen i den kliniske undervisning.

Allerede i den kliniske periode i modul 1 (14 dage) fik de studerende en opgave, der rettede sig mod farmakologi. De studerende skulle observere og kommunikere med en patient, der modtog medicin.

I begyndelsen af klinikperioden på modul 4, fik de studerende deres første undervisning i medicinshåndtering, de juridiske regler samt i enkelte præparater relateret til patientens personlige hygiejne. Eksperimentteamet udarbejdede vejledningsmateriale til de kliniske vejledere og undervisere til brug for det ekstra fokus på medicinshåndtering så tidligt i uddannelsen.

Senere i uddannelsen blev medicinshåndtering integreret i de såkaldte obligatoriske studeaktiviteter som fx refleksionsworkshops. Vi valgte også at sætte fokus på medicinshåndtering integreret i arbejdet med SIM-eksperimentet og PRM-modellen. På 5. semester gav vi de studerende ekstra undervisning i farmakologi i form af øvelser i medicinregning.

Modsat de andre eksperimenter er der altså ikke tale om én læringsmetode, som er gennemgående i eksperimentet, men en række tiltag, som projektet satte i værk. I dette eksperiment var der også mere overlap mellem det, projektklassen fik tilbudt, og hvad de ordinære hold fik tilbudt.

Gennemgående har aktiviteterne været kendetegnet ved, at de alle foregik tæt på patienten/borgeren, og at de studerende løbende, gennem hele uddannelsen og på tværs af sektorer med stigende kompleksitet skulle fordybe sig i udvalgte dele af medicineringsprocessen og derigennem udvikle stærk farmakologisk viden og kompetence.

Hvad har vi lært af FAM-eksperimentet?

Overordnet set har vi gennem FAM-eksperimentet oplevet, at de studerende efterlyser læring i medicinhåndtering. Medicin er et område, som har en særlig status, og som er eksplicit knyttet til sygeplejefprofessionen; i nogle tilfælde markerer netop medicinkompetencen sygeplejefprofessionens kompetenceområde i forhold til de andre tilgrænsende sundhedsprofessioner (Abbott 1988). Der er derfor en vis prestige knyttet til at have adgang til medicinrummet, ligesom medicinhåndtering også er forbundet med frygt for at lave fejl. I observationer af projektklassens sidste kliniske periode kom dette til udtryk som frustration, hvis man ikke oplevede at have fået tilstrækkelig mulighed for at opøve en sikkerhed i medicin, ved at mange studerende er meget omhyggelige, når de skal give medicin, og at det er et område, hvor de opsøger vejledning og support fra erfarne medarbejdere i afdelingen.

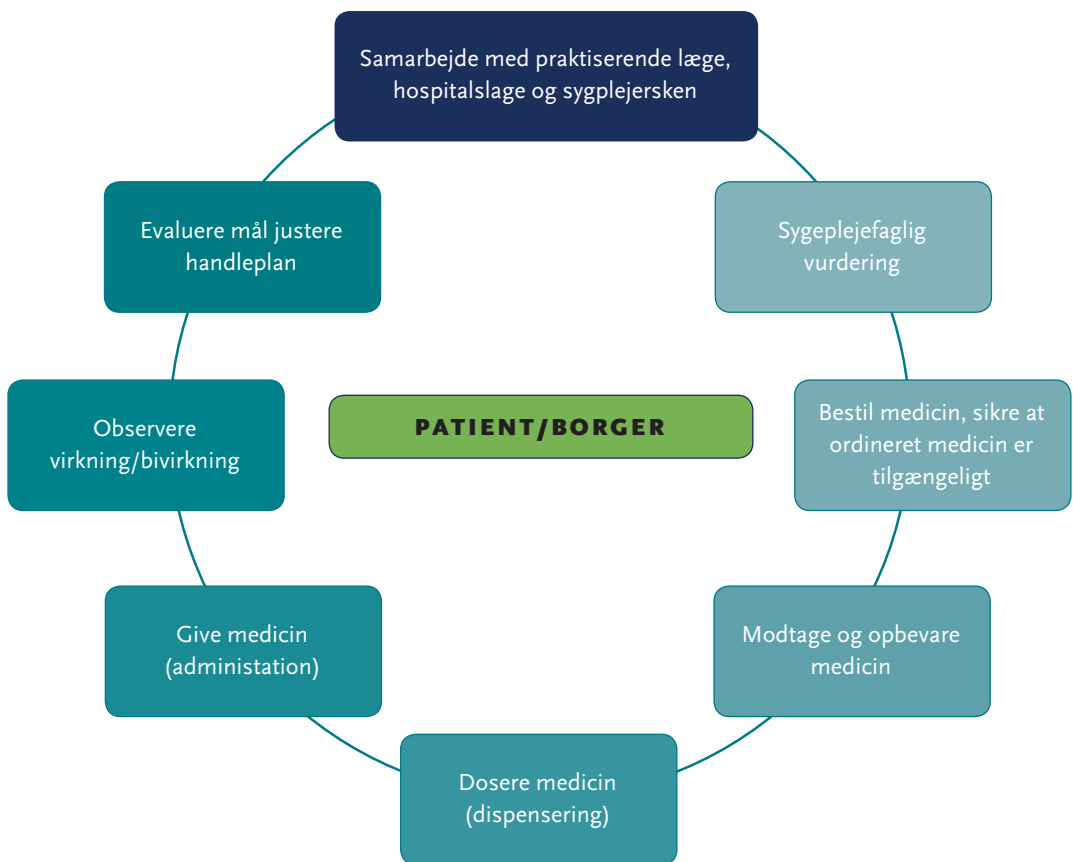
At starte tidligt med læring i medicinhåndtering

Projektklassen fik allerede i modul 1 til opgave at sætte fokus på farmakologi i deres to-ugers kliniske periode af en uges varighed. De studerende gik nysgerrigt til opgaven. Mange udtrykte i starten, at netop det at projektet havde fokus på medicin, var med til at motivere dem til at være en del af projektklassen. Af logbøgerne, som de arbejdede med gennem

modul 1 og 2, kan man se, at de studerende på trods af deres korte tid i uddannelsen allerede besidder observationskompetencer og kan, med støtte af spørgsmål, fokusere på vigtige elementer i medicinhandling:

(...) Da han er ved at afstøde sin nyre og skal derfor bruge yderligere immundæmpende medicin.

Nogenlunde sygdomsindsigt er mit øjebliksbillede. (Studerendes udsagn fra Logbog i medicinhåndtering, 1. semester.)



Medicinhåndteringscirklen

Cirklen omhandler ordination, dosering, dispensering, samarbejdet med patienten/borgeren og observation af medicinens virkning og evt. bivirkning

Det er interessant at se, hvorledes de studerende allerede tidligt i uddannelsen får samlet viden inden for næsten alle områder af medicinhåndteringscirklen.

Læringen fra projektet er, at studerende tidligt i uddannelsen både har motivationen til og fagligt grundlag for at begynde at tilegne sig medicin-kompetencer.

Blik for opgaven, for professionen og for patienten

Udskrifterne fra logbøgerne viser også, at de nye sygeplejestuderende laver mange observationer af sygeplejerskernes omgang med medicin, når de er i deres anden kliniske periode på 14 dage. Som fx i nedenstående citat fra en studerende i sin første praktik:

[Sygeplejersken] havde megatravlt med det nye FMK (fælles medicinkort). (Studerendes udsagn fra Logbog i medicinhåndtering, 1. semester.)

Af logbøgerne fremgår også at studerende allerede på modul 1. har indsigt i, at medicin kan administreres på flere måder, fx både gennem munden og intravenøst.

De studerende er opmærksomme på, at medicinhåndtering er en sygeplejeopgave, der kræver tid, kompetencer og sikkerhedsforanstaltninger for patient og sygeplejerske.

Enkelte studerende formår at reflektere og inddrage patientens perspektiv:

Medicin kan i nogle tilfælde påvirke de vitale værdier på godt og ondt. Derfor undersøgte jeg Pias medicinliste. På hendes liste finder jeg tre præparater mod forhøjet blodtryk; Amlodipin, Centyl med Kaliumklorid og Ramipril. Når man måler Pias vitale værdier, er det utrolig vigtigt at have i baghovedet, at hun tager disse præparater. Desuden har Ramipril en bivirkning, der giver en stor sandsynlighed for at få kvalme. Det vil sige at ud over den strålebehandling, hun modtager, har hun et præparat, der kan påvirke hendes velbehag. Derfor kan det være relevant at overveje doseringen af dette præparat. (Studerendes udsagn fra Logbog i medicinhåndtering, efter modul 2.)

Citatet viser, hvordan den studerende formår at koble sin viden om medicinens virkninger og bivirkninger med et blik for patientens samlede situation, og hvilke ændringer, det kan være relevant at foretage i medicinen. De studerende viser et begyndende fagsprog. Dette peger på det store læringspotentiale, der findes allerede inden for 1. studieår.

Overfyldt modul 4 og varierende vejlederinitiativ ift. medicin

De studerende var i en længerevarende klinik på modul 4. I begyndelsen af klinikperioden blev de studerende undervist i to lektioner i medicin-håndtering, de juridiske regler i relation til dette samt i enkelte præparater relateret til patientens personlige hygiejne. Eksperimentteamet havde udarbejdet vejledningsmateriale til de kliniske vejledere og undervisere havde store forventninger til, at nu kunne de studerende få adgang til denne del af sygeplejekspraksis.

Det viste sig dog, at medicin-håndtering var det eksperiment, de studerende syntes var mindst synligt for dem efter modul 4. Dette kan skyldes flere forhold. Fx oplevede de studerende på modul 4, at der var for mange krav til dem i den kliniske undervisning (læs: aktiviteter i almindelighed og i PÅ TVÆRS: Delphi-evaluering efter modul 4). For nogle af de studerende var dette første gang de var i en klinisk afdeling i en længere periode, hvor de ikke kun skulle observere, men udføre sygepleje selv. Dertil kom, at mange studerende var på højt specialiserede afdelinger, hvor der var meget at sætte sig ind i. Derfor påpegede flere studerende bekymring for, om projektet kom til at føre til ekstra krav i stedet for ekstra understøttelse.

Derudover påpegede de studerende, at de savnede et større fokus på medicin i den kliniske vejledning:

Jeg kunne godt tænke mig, at der var mere vejledning i medicin-håndtering, og hvordan vi fik det ind i modulet, for det var der ikke. Jeg fik at vide, at vi skulle huske at tænke medicin-håndtering med i den fastlagte studieaktivitet til den skriftlige del, vi skulle aflevere, og det er, hvad vi har snakket om medicin på modulet. Jeg synes, at det må være den kliniske underviser, som måske lige får hæftet op eller får husket på det, for det er enormt overvældende, at man selv skulle lave studieplanen og selv lave alle de ting, man selv skulle tænke på. Så medicin-håndtering skal ikke på den måde

godkendes, der skal ikke sættes et hak for, at man kan bestå. Og så bliver den skudt i baggrunden, og nu står jeg her og er overhovedet ikke, jeg har printet den ud, 'that's it'. Jeg har intet udfyldt, jeg har lagt mærke til den, jeg har reflekteret over den, jeg har overværet det, men jeg har intet registreret omkring det. (Interview i forbindelse med Delphi-evaluering, modul 3 og 4)

Den studerende udtrykker, at det føles overvældende at skulle tage ansvar for egne læreprocesser og formulere studieplaner i en kontekst, der er ukendt med mange læringsmål, der skal nås. I dette tilfælde betød det, at medicinhåndtering kom i baggrunden, selv om hun som udgangspunkt havde interesse i området. Citatet viser også det forhold, at de daglige vejledere i afdelingen ikke altid fik fulgt op på, at projektklassen skulle have øget fokus på medicin. Flere projektstuderende påpeger, at de godt kunne tænke sig at:

Der var mere vejledning ift. medicinhåndtering – har intet gjort endnu, da jeg ikke er mindet om det og selv har haft fokus på tusinde andre ting. (Delphi-evaluering, efter modul 4)

På spørgsmålet, om de studerende savnede opfølgning på medicin i klinikken, svarede en studerende:

Ja, sig det til os, eller guid os i retning af, hvordan vi skal bruge det (arket med de tre kasser og det lyserøde i siden af arket fra logbog i medicinhåndtering), og hvornår vi skal gøre det.

Udsagnene peger på den interessante pointe, at medicineksperimentet på mange måder er forsøgt tænkt direkte ind i plejesituationerne, som den studerende tager del i. Dermed bestræber eksperimentet sig på at understøtte de studerendes behov for vejledning i konkrete patientsituationer med fokus på de handlinger, de udfører. Samtidig blev det netop eksperimentets svaghed, fordi der var tale om en indsats, som nogle daglige vejledere tog på sig, men mange ikke gjorde – hvorfor flere studerende oplevede det som ”endnu en ting”, de selv skulle gøre og ikke magtede at holde styr på.

At få ændret fokus i vejledning og lave særordninger for projektstuderende viste sig rigtig vanskeligt i projektet, hvilket skal ses i lys af for det første det forhold, at der også var ordinære studerende på samme uddannelsestrin i de fleste afdelinger. For det andet er mange afdelinger præget af højt tempo og mange opgaver. Vejledning af de studerende kommer ofte oven i disse opgaver, og som vejleder oplever man derfor ikke at have mange ressourcer til at gå ind og arbejde udviklende med sin praksis.

Medicin integreret med de øvrige eksperimenter

I modul 2 og modul 4 havde de studerende udelukkende deres kliniske undervisning på Rigshospitalet. Eksperimentets aktion blev koblet til modulernes obligatoriske studieaktivitet. De studerende skulle i relation til en plejesituation udarbejde en patientbeskrivelse, hvor de skulle koble Logbog i medicinhandling og PRM-aktionen. Der var udarbejdet vejledningsmateriale til såvel de kliniske vejledere som til de studerende til begge moduler. De studerende modtog undervisning som del af aktiviteterne.

De studerende tilkendegav senere, at de ikke havde anvendt de udleverede guides vedr. medicinhandling i relation til de fastlagte studieaktiviteter. De kunne ikke finde ud af eller overskue at sammentænke eksperiment 2 (PRM) og eksperiment 4 (FAM) uden støtte.

De fleste studerende havde derfor valgt at fokusere på PRM-aktionen og den efterfølgende refleksion i grupper. Men i disse øvelser, så vi, at godt halvdelen af de studerende alligevel valgte at beskrive farmakologi som en del af refleksionen. Besvarelser var dog ret generelt kortfattede, som fx:

Patienten fik konstateret pneumoni og kom i antibiotikabehandling. (Studerendes udsagn fra Logbog i medicinhandling, efter modul 4)

Ud fra empirien at dømme kan man stille spørgsmål til, hvor stort et fokus, der har været på medicinering rent informations- og vejledningsmæssigt. De studerende har i hvert fald ikke alle forstået, at det blev forventet af dem, at medicin var en del af beskrivelsen og selve præsentationen af patienten/borgeren, ligesom mange studerende ikke oplevede at få mulighed for at få erfaringer med medicin:

Jeg blev smidt ud af medicinrummet, fordi jeg insisterede på, at man skulle have handsker på, når man står og roder med piller, så jeg blev smidt ud. (Katja, ifm. Delphi-evaluering, efter modul 3. og 4)

Når jeg fortæller om projektet, bliver jeg inddraget mere i medicinhåndtering. (Emma, Delphi-evaluering, modul 3. og 4)

Vi kan således konstatere, at selv med omfattende informationsmateriale til klinisk praksis, har det ikke været muligt i tilfredsstillende omfang at indfri projektets ønske om et øget medicinfokus tidligt i uddannelsesforløbet. Dette er et godt eksempel på, hvor svært det er at informationsudbrede i en kompleks uddannelsesorganisation, hvor den studerendes daglige vejledning ikke nødvendigvis varetages af en klinisk underviser eller klinisk vejleder.

Det viser også, at det kræver konkret, situeret vejledning, hvis man ønsker at studerende skal arbejde aktivt med et område – især tidligt i uddannelsen.

Et vigtigt aspekt har selvfølgelig også handlet om, at medicin på dette tidspunkt ikke var formuleret som et læringsmål – hvilket er ændret i den seneste uddannelsesordning.

Ønsker om færdigheder i medicinregning

Eksperimenterfaringerne på de første moduler gav anledning til en drøftelse i eksperimentteamet, der besluttede sig for at tilbyde projektklassen

MEDICINHÅNTERING & FARMAKOLOGISKE KOMPETENCER

GOOD!

• MODUL 1

DEN RIGTIGE...

• TIDSPUNKT
• PATIENT
• DOSIS

• LÆGE
• MIDDEL

• ADMINISTRATIONS-
• MADE

VER
OPMÆRKSOM
PÅ...

• TÆT PÅ PATIENTERNE



GOD, HVOR
FAR DU
MEGET
MEDICIN

• ANSVAR
• PATIENT-
RELATERET
• TVÆRSEKTORIET

• MODUL 4

• EVALUERING

KONKRET I
PATIENT

LOG-
BOG

HOV

PATIENTEN
FORSVINDER

LÆRINGS-
KONTEKST
ER AFGØRENDE

SKAL VI
TALE SAMME
SPRØG?

HVAD
MANGLER I?

KLINISKE
FÆRDIGHEDER

MEDICIN-
REGNING

$$0 + 0 = 00$$

BAGGRUND

FOR MANGE
UTILSIGTEDE
HÆNDELSER I
SUNDHEDSVÆSNET

STYRKELSE

- START UDDANNELSEN
I FARMAKOLOGI



PÆDAGOGISK
REDSKABS-
KASSE



LIS SUHR

PROJEKTLEDER

MEDICIN-
HÅNTERING
ER SVÆRT !!

ekstra undervisning i bl.a. medicinregning. De studerende udviste stor tilfredshed med dette tilbud i forbindelse med Delphi-evalueringen efter 5. Semester. ”Det var et godt tilbud”, som også fik stor tilslutning. Ved farmakologieksamen bestod samtlige af de studerende i projektklassen.

Adgang til medicinrummet

På 6. semester var der allerede i semesterbeskrivelsen et omfattende fokus på medicinhåndtering i læringsudbytterne i en af de tre obligatoriske studieaktiviteter. Der blev ikke planlagt særlige aktiviteter i eksperimentet. På Rigshospitalet tilbydes alle studerende på 6. semester to dages teoretisk og praktisk undervisning i færdighedslaboratoriet, hvilket også gjorde sig gældende for de studerende i projektklassen, som var i klinisk undervisning i somatik, primær og psykiatri. Dermed var rammerne for 6. semester klinik nogle lidt andre, end de var tidligere på uddannelsen, og vi havde derfor en forventning om, at de studerende netop her fik mulighed for at bruge deres medicinkompetencer mere udfoldet.

På trods af projektets tilsigtede tidlige fokus på medicinhåndtering fik langt fra alle studerende adgang til medicinrummet og til medicinhåndteringen. Problemet med adgang viste sig dermed at gøre sig gældende både i begyndelsen og i slutningen af uddannelsesforløbet. En af indsigterne fra projektet var, at de studerende har meget forskellige vilkår for at lære om medicin og til at øve sig. Der er således stadig behov for en meget målrettet indsats, hvis de studerende skal have mulighed for at tilegne sig medicin-kompetencen. Her er to udtalelser, der illustrerer, hvor forskellige læringsmuligheder de studerende reelt har:

Ja, der er også en af, en af pigerne i klassen, hun har aldrig haft noget, hun har, altså hun har været i et medicinrum tre gange eller sådan noget, hun har aldrig haft noget med, med medicin på den måde at gøre på et hospital. (Anders, 6. semester)

Jeg var på en onkologisk afdeling, hvor jeg var meget glad for at være. Det som jeg sådan især har taget med mig derfra, det er sådan rigtig meget det der med at organisere og prioritere sin sygepleje. Der synes jeg virkelig, jeg lærte rigtig meget. At blive god til. Og så, jamen det er jo bare en helt anden sygepleje, nogle helt andre arbejdsopgaver,

end hvad vi har været undervist i igennem uddannelsen. Det var meget at starte sådan fra scratch igen. Virkelig medicinsk tungt, så jeg er blevet ret rutineret i et medicinrum og til IV-medicin og alt, der hører til der. (Karoline, 6. semester, studerende)

Citaterne viser, at rammerne på de forskellige kliniske steder er meget forskellige ift. medicin. Nogle steder har de studerende slet ikke adgang til medicinrummet (de studerende får sygeplejersken til at låse sig ind); andre steder får de slet ikke lov til at have noget med medicin at gøre, og nogle steder har de fuld adgang til al medicin; hælder selvstændigt op og giver IV-infusioner og injektioner. Projektet peger dermed på, at studerende har brug for et læringsrum, hvor der er mulighed for at øve sig både i den konkrete medicin-håndtering, men også i at reflektere og koble medicin-håndtering til klinisk beslutningstagen, således at medicin-håndtering ikke kommer til at fremstå som en teknologisk færdighed, der blot skal afkrydses. Citatet fra den studerende i klinik på onkologisk afdeling peger på det potentiale, der findes i at lære medicin som et aspekt af den samlede patientsituation og -pleje. Her bliver medicin netop en kompetence og ikke blot en færdighed; Karoline lærer også ”alt, der hører til” en kompleks medicin-kompetence.

At sætte medicinkompetencer ind i en sammenhæng

De studerende skulle udarbejde tre logbogsnotater i 6. semester. I den forbindelse blev de bedt om at indsende et logbogsnotat, hvor de har fokus på medicin i overgange i patientforløb, til projektteamet. Intensionen med dette var at vurdere, om de studerende i projektklassen havde opnået særlige tværsektorielle medicin-håndteringskompetencer.

Analysen af empirien viser, at medicinen, sådan som den er fremstillet i de aktuelle beskrivelser for de flestes vedkommende forbliver ”passiv” i den studerendes refleksioner i relation til borgerens/patientens sundhedsudfordringer. Medicin præsenteres i stor udstrækning som afskrift fra ”Medicin.dk” og i nogle tilfælde op til 8 sider om enkelte præparater. Det fremgår tydeligt, at de studerende har brug for hjælp til at koble medicin til patientens/borgerens sundhedsudfordringer. Eksempelvis tilstedeværelse af kvalme, manglende appetit – hvordan hænger det sam-

men med patientens/borgerens medicinstatus, og hvilken betydning har denne for de aktuelle sygeplejefaglige problemstillinger?

Af de tilsendte logbogsnotater på 6. semester træder det tværsektorielle fokus heller ikke frem. Det kan dermed ikke udledes, at projektklassen, som ønsket, har opnået særlige tværsektorielle kompetencer i relation til medicinhåndtering i patientovergange i sundhedsvæsenet. Denne lidt nedslående erfaring kan enten ses som eksperimentets forfejlede bestræbelse, og der er sikkert også ting, vi kunne have gjort anderledes eller bedre. Samtidig siger det dog også noget om, hvor vanskeligt det reelt er at forandre klinisk uddannelsespraksis både generelt og i forhold til et udvalgt område. Selv et stort og velanset hospital har ikke ”musklerne” til at nå ud til alle vejledere.

Opsummering på FAM-eksperimentet

Medicinhåndtering er og bliver et højt vægtet prestigeområde, og noget de studerende meget gerne vil have ”fingrene i” og samtidig frygter. Dermed er det et område, hvor de studerende er motiverede, og hvor der er sammenhæng mellem deres forestillinger om faget, og det den færdiguddannede sygeplejerske beskæftiger sig med i en stor del af arbejdstiden.

Medicinhåndtering er en mangfoldig klinisk praksis. Udviklingen af ”Logbog i medicinhåndtering” og dens indførelse i klinisk undervisning i Region H var et forsøg på at styre, ensrette og kontrollere udviklingen af de studerendes medicinhåndterings- og farmakologiske kompetencer, både i forhold til klinisk praksis og generelt som læringsproces for de sygeplejestuderende. På trods af et styringsredskab vil den enkelte studerendes kompetencer i medicinhåndtering i sidste ende afhænge af den studerendes samlede kliniske forløb og de læringsmuligheder, der har været undervejs i den kliniske praksis.

Eksperimentet har generet viden om sektorernes forskellige opfattelser af, hvilke farmakologiske kompetencer, den studerende skal besidde, hvad der er vigtigt at lære, og hvordan det skal læres. Hvor patient/borgerperspektivet var tydeligt i primærsektor, blev der i somatikken lagt større vægt på de mere teknologiske færdigheder f.eks. IV-håndtering af

lægemidler. De studerendes muligheder for at træne, øve og blive vejledt i medicin håndtering er meget kontekstafhængige. Udfordringen ligger i at undgå for lille selvstændighed i meget komplekse kontekster og for stor selvstændighed, forstået som at den studerende er helt alene om opgaven fx i primærsektor.

De studerende har tydeligvis savnet et større fokus på medicin håndtering i klinisk praksis. De har haft høje forventninger til det i forhold til, at projektet har haft det så meget i fokus, men føler ikke rigtigt, at de er blevet holdt til ilden af hverken vejledere eller klinikkens sygeplejersker, hvorfor deres skriftliggørelser af dette område af sygeplejen, i såvel logbogsark som ifm. anvendelsen af PRM, også er trådt lidt i baggrunden.

FAM-eksperimentet tydeliggør, at den uddannelsessøgende ikke alene kan drive ændringen af uddannelsen. Indførelse af et nyt fokus kræver understøttende rammer, viden og støtte fra den kliniske vejleder- og undervisergruppen samt ledelsen på stedet.

Anbefalinger fra FAM-eksperimentet

- De studerende skal inviteres ind i de medicinrelaterede arbejdsopgaver på klinikstederne.
- De kliniske vejledere skal understøtte, at de studerende får mulighed for at øve sig og reflektere over alle medicinrelaterede opgaver.
- Det kræver opmærksomhed at koble farmakologiske kompetencer til patientperspektivet, så medicin håndtering ikke bliver en teknologisk opgave.
- Hvis der ikke er konkrete læringsmål og krav, er det svært at holde fokus i en aktivitet.
- Når man ikke er metodebundet, giver det større frihed til at eksperimentere på forskellige måder.

Indsigter på tværs af eksperimenterne

8

De fire eksperimenter har hver bidraget med en række unikke indsigter i de muligheder og udfordringer, der ligger i at arbejde innovativt og eksperimenterende med klinisk kompetenceudvikling. Men netop fordi eksperimenterne er blevet afviklet inden for rammerne af PÅ TVÆRS, har vi fået mulighed for at se dem i et tværgående perspektiv, hvilket har bidraget til en skelnen mellem, hvad der vedrører det enkelte eksperiment, og hvilke erfaringer, der kobler sig til klinisk uddannelse og læring mere generelt. I det følgende vil vi kort samle op på de erfaringer, som vi har fået ved at analysere på tværs af de fire eksperimenter.

En metode er aldrig bare en metode

Samtidig med at projektet på mangfoldig vis har illustreret de potentialer, der ligger i at arbejde med velkendte pædagogiske metoder gennem alle kliniske forløb, er det også blevet tydeligt, at en metode aldrig bare er en metode. Metoder fungerer altid i en kontekst og de bruges altid af nogle aktører. Begge disse forhold betyder, at metoder, uanset hvor godt man forsøger at klæde aktørerne på, aldrig anvendes helt på samme måde og med helt samme læringsudbytte til følge. Der sker en rekontekstualisering (Evans, Guile, Harris og Allan, 2010; Guile 2014). En given metode, som fx SIM eller PRM, vil altid være udviklet på baggrund af en række teorier og forestillinger om både læring og klinisk praksis. Dette grundlag kan, som det er forsøgt i PÅ TVÆRS, forsøges overleveret til de nye aktører, der skal anvende metoderne (undervisere/vejledere og studerende), men der vil altid ske en oversættelse eller bearbejdning, og aktørerne vil – måske

helt uden at tænke over det – anvende velkendte teorier og forestillinger som udgangspunkt for at tilegne sig de nye metoder. Vi så det tydeligt med de studerende, hvor mange i begyndelsen ikke kunne se forskel på PRM og sygeplejeprocessen. Det lærte de efterhånden. Vejledere fra andre kliniske kontekster end Rigshospitalet foretog også en rekontekstualisering; de forstod og anvendte metoderne med udgangspunkt i deres virkelighed og deres faglige for forståelse. Vi ser et behov for at anerkende og arbejde eksplicit med disse rekontekstualiseringer – og betragte dem som et udtryk for, at sygeplejefagligheden udvikles i tæt relation med den kliniske praksis, hvori den praktiseres. Hvis man er nysgerrig på forskellighederne, kan man få øje på forskelle fx i forståelser af sundhed og sygdom eller af patienten. Lukker man øjnene, risikerer man, at udrulning af nye pædagogiske metoder reproducerer ulige magtforhold, fx mellem primær og sekundær sektor.

Ustyrige læreprocesser

Læringslitteraturen giver forskellige bud på, hvorfor læring som oftest hverken foregår stringent eller lineært. Nogle af de teoretiske perspektiver, vi inspireres af til at forstå det, der sker i projektet, tager afsæt i socio-kulturelle forståelser af læring (Bernstein 2000; Davies 2009; Lave og Wenger 1991) som et fænomen, der nødvendigvis må forstås som kontekstafhængigt (Allan et al. 2015; Evans et al. 2010; Young og Muller 2014) og med mange lag af kompleksitet (Fraser og Greenhalgh 2001). Dermed har vi i følgeforskningen anlagt et andet syn på læring, end det der ofte (mere eller mindre eksplicit) anvendes i en del af den uddannelsesorienterede forskning i relation til sygepleje. Her ses ofte en forståelse af læring som 1:1-overførsel af viden via undervisning eller mesterlærelignende situationer.

Det sociokulturelle perspektiv ser på kontekstens betydning for læring. Derved kan vi potentielt blive klogere på, hvilke forhold i de forskellige kliniske læringsrum, der virker befordrende – og udfordrende – for de studerendes læring, på en anden måde end når fokus hovedsageligt lægges på relationen mellem den studerende, læringsmålet og underviseren.

Hvis vi skal illustrere, hvordan de to læringsforståelser er kommet til udtryk i PÅ TVÆRS, kan man pege på, at der ganske ofte sker andet og mere end, hvad der er planlagt og ønsket fra eksperimenternes side. Dette er anskueliggjort gennem eksperimenternes egne evalueringer og data-produktioner; et eksempel kan være en supervisionssituation, hvor de studerende ikke ønsker at sidde som foreskrevet, og supervisor indvilliger i at ændre lidt på opstillingen, således at de studerende får lov sidde ved et bord, eller ved at der åbnes for, at de studerende gerne må kommentere mere ”løst” på den superviserede, end SFS-metoden foreskriver. For SIM-eksperimentets vedkommende kan det handle om, at en facilitator ikke kommer rundt om samtlige læringsmål i debriefingen, eller at de studerende slet ikke kan se sig selv i rollen som patient og derfor ikke kan relatere til læringsmålene. For PRM’s vedkommende kan det være en studerende, der peger på, at man burde bruge modellen til at løse oplevede samarbejds-konflikter i afdelingen. Disse erfaringer er alle eksempler på, at der sker en række uforudsigelige ting i gennemførelsen af aktiviteterne.

Uforudsigelighederne vil ifølge de to læringsforståelser kunne ses som:

- 1) Et udtryk for at hverken de studerende eller de involverede facilitatorer/undervisere formår at gennemføre aktiviteten, som den er tænkt. I dette perspektiv bliver uforudsigeligheder til uønskede ”fejl”, der kan forsøges rettet op ved at opfordre underviserne til at ”følge metoden” og de studerende til at ”tage sig sammen” i en fælles bestræbelse på at gennemføre undervisningsaktiviteten, som den er foreskrevet.
- 2) Et udtryk for at der altid sker en rekontekstualisering, når et pædagogisk indhold flyttes fra én kontekst (som fx drejebogen) til en anden (fx læringslaboratoriet) i erkendelsen af, at undervisere og studerende altid vil medbringe forskellige forforståelser og motivationer (legitime og relevante, såvel mindre legitime eller ligefrem irrelevante) end blot dem, der er foreskrevet i læringsmålene, og at der derfor vil ske noget uforudsigeligt i de situationer, hvor eksperimenterne ”får liv”. I dette perspektiv bliver uforudsigelighederne et vilkår og kærkomne muligheder for at gøre undervisningen deltagerorienteret og relevant.

Et relevant spørgsmål foranlediget af PÅ TVÆRS er således, hvordan klinisk læring i højere grad kan integrere et fokus på gennemgående metoder med en forståelse for vilkår og potentialer i de kontekstbårne interaktioner?

Modstand som central præmis i klinisk læring

Man har ikke nødvendigvis overblik over, hvad man lærer, mens man lærer det. Dette er en erkendelse, der gælder både de studerende og projektet i sig selv. Det handler om læreprocessers natur – havde man overblikket og erkendelserne på forhånd, ville der ikke være fundet en læreproces sted. I flere af eksperimenterne har vi oplevet, at nogle studerende har udvist modstand mod de aktiviteter, som eksperimenterne inviterede til. Fx oplevede både supervision og simulationseksperimentet studerende, der udviste tydelig modstand. Men vi har også oplevet, hvordan en stor del af modstanden forandrede karakter undervejs. Eller hvordan en aktivitet, der umiddelbart oplevedes som frustrerende, endte med at blive evalueret som indsigtsgivende.

Som uddannelsesplanlægger eller underviser kan man opleve, at der altid er studerende, der ønsker, at de var blevet præsenteret for stoffet i en anden rækkefølge. Laver man om, gentages kritikken – nu er det blot det, der er placeret sidst, der igen ønskes først. PÅ TVÆRS har givet rig indsigt i læreprocessers snørklede og modstandsfyldte natur. Samtidig har det givet lejlighed til at spørge, hvornår studerendes modstand skal anskues som en del af de pågående læreprocesser, og hvornår den er udtryk for noget andet eller mere. Vi har ikke noget færdigt svar på dette, men ser et tydeligt behov for og potentialer i at lytte til de studerendes modstand og frustration. Bl.a. fordi det at kunne ytre modstand må ses som et væsentligt aspekt i udviklingen af kompetencen til kritisk refleksion og selvstændighed.

Selvstændige, kritisk reflekterende sygeplejersker

De fire eksperimenter har det til fælles, at de vil styrke de sygeplejestuderendes evne til kritisk refleksion og selvstændighed. Denne ambition ser i vid udstrækning ud til at lykkes, omend det ikke er muligt at fastslå præcis, i hvilket omfang og på hvilke måder det enkelte eksperiment har bidraget hertil. Det, vi har kunnet observere i processen, har været, at kritisk refleksion i flere eksperimenter forventes at gå hånd i hånd med tilegnelse og demonstration af (parat)viden. Det giver umiddelbart rigtig god mening, at sygeplejefaglig refleksion netop forankres i viden. Det betyder imidlertid, at evnen til at reflektere og udviklingen af selvstændighed vanskeliggøres – fordi refleksionen antager en skolestisk form.

En af de centrale teoretikere indenfor refleksion er Donald Schön (Schön 1983). Centralt i Schöns tænkning er ideen om ”reflection in action”, der, da han udgav hovedværket *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action* var et nyt og alternativt perspektiv på, hvordan professionelle af forskellige slags udvikler de kompetencer, der gør dem kompetente til at udføre netop deres fag. Hovedtanken bag ideen om den refleksive praktiker var, at professionel læring skabes i praksis gennem den professionelles refleksive engagement i praksis. Teorien var et kritisk opgør med, hvad Schön så som et teknologisk og instrumentelt syn på faglighed og læring. Schön pegede på den rolle, som praksis – og alt det, man som professionel gør – ofte uden at sætte ord på det – spiller for kompetenceudviklingen. I Schöns forståelse af refleksion i praksis udgør refleksion en kreativ og dynamisk proces, der kombinerer viden, handling, engagement og fordybelse.

Schöns ærinde var med andre ord at vise, hvordan professionelle kompetencer udvikles i intuitive processer af kreativ karakter gennem fordybelse i og refleksion over praksis. Schöns bog igangsatte vigtige diskussioner inden for professionsuddannelse og -forskning, idet den tydeliggjorde, at det langt fra er alt det, dygtige professionelle kan og gør, som kan læres på skolebænken – og at det heller ikke er hverken muligt eller

ønskeligt at forsøge at transformere denne type praksis-læringsprocesser til pensumbelagte skoleaktiviteter.

Schöns bog blev begyndelsen på en bevægelse; andre bøger om emnet udkom, og refleksion blev i løbet af en kort årrække udviklet fra hovedsageligt at være et perspektiv på læring til også at være en metode til læring. Siden 1990'erne har refleksion således været en udbredt metode i mange forskellige uddannelses- og praksislæringssammenhænge, hvilket har affødt en del kritik inden for læringsforskningen, fx af at refleksion alt-overvejende er blevet til en dekontekstualiseret og skolastisk praksis (Bradbury, Frost, Kilminster og Zukas 2010). I forhold til PÅ TVÆRS kan denne kritik siges at rumme både rigtige og forkerte aspekter, idet de forskellige refleksionstyper, som projektet har gjort sig erfaringer med, for nogle eksperimenter vedkommende foregår i praksis, mens andre foregår på afstand af praksis – eller i et læringsrum, hvor praksis søges rekonstrueret. Til gengæld rummer de fleste eksperimenter en række im- eller eksplicitte forventninger til, hvordan refleksionen skal foregå med det formål at skabe en særlig form for fordybelse eller fokusering, der betyder, at man i hvert fald kan spørge om det kreative aspekt, som Schön er fortaler for, får en begrænset plads?

Det er ikke kun inden for rammerne af PÅ TVÆRS, men helt generelt i sygeplejerskeuddannelsen, at refleksion er trukket ind i formaliserede og teoretiske læringsrum (også de, der er etableret inden for rammerne af de kliniske uddannelsesforløb) – og dermed i realiteten finder sted på afstand af den professionelle praksis.

En vigtig diskussion er, om refleksionens potentiale for at skabe evnen til kritisk refleksion og selvstændighed er svækket eller styrket gennem den høje grad af uddannelsesmæssig formalisering?

Er sygepleje en buket af færdigheder eller en tilgang?

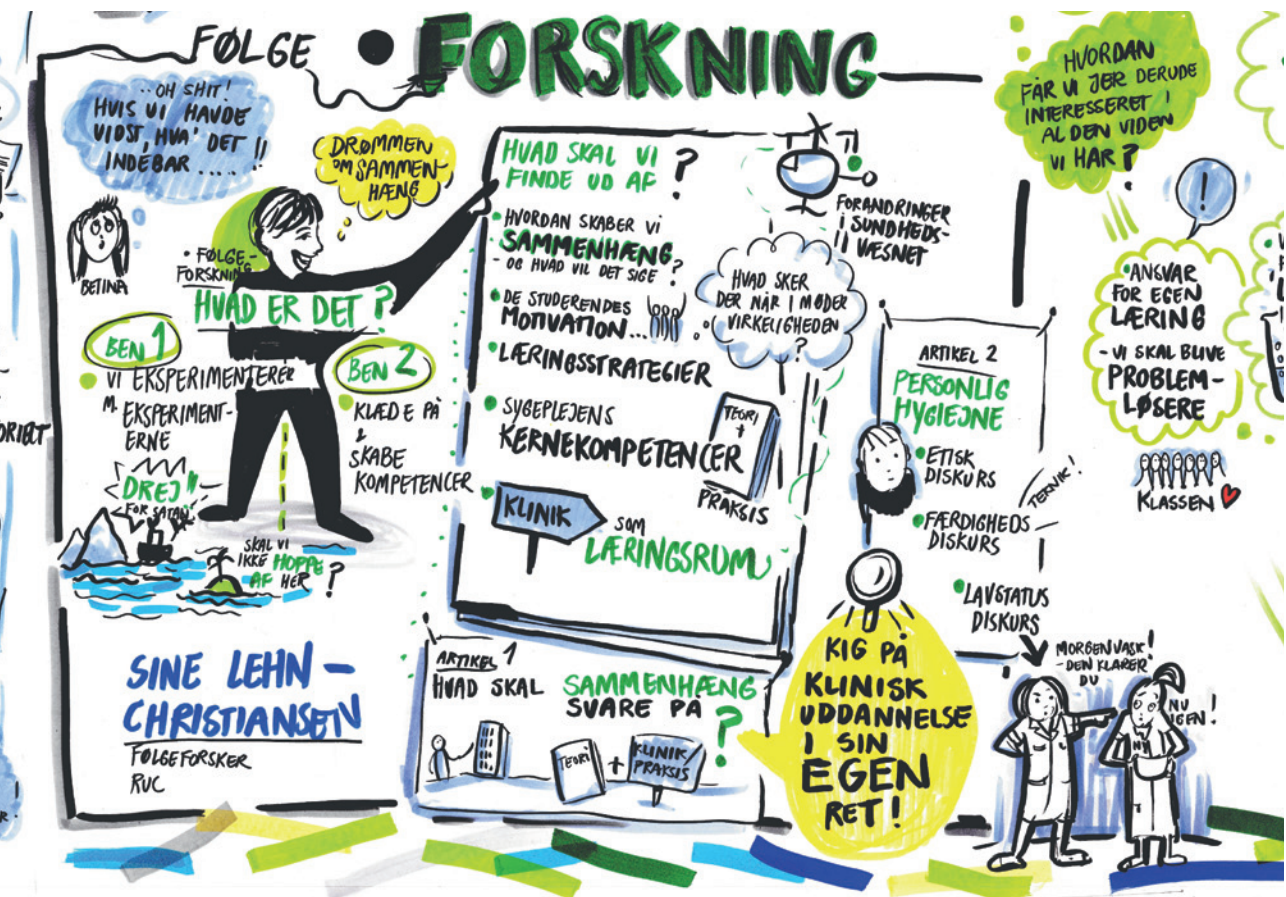
I forlængelse af ovenstående diskussion om refleksion rejser arbejdet med eksperimenterne også spørgsmålet om, hvordan vi skal forstå – og uddannelsesmæssigt operationalisere – sygepleje og spørgsmålet om kliniske kompetencer. Man kan sige, at den aktuelle uddannelsestænkning med sit udgangspunkt i målstyret læring og alignment-tilgangen (Ander- sen & Jacobsen, 2012) giver sit eget svar på dette spørgsmål, men diskus- sionen har alligevel vist sin relevans – bl.a. fordi eksperimenterne de facto opererer med lidt forskellige tilgange til, hvad det er, de studerende skal lære – og hvorfor. Fx kan man sige, at hvor færdighedstræning har som mål at udstyre de studerende med sikkerhed i at gennemføre en række tekniske færdigheder, så sigter PRM og SFS på at styrke de studerendes evne til gennem (forskellige typer af) refleksion at tænke selvstændigt og på bag- grund af viden og erfaring. Selvom ingen i PÅ TVÆRS mener, at der kun er behov for enten den ene eller den anden tilgang, er der alligevel forskelle, når diskussionen falder på, i hvilken retning sygeplejerskeuddannelsen skal udvikles, eller hvad det er de studerende fortrinsvis ”mangler”.

Diskussionen er naturligvis interessant, fordi den peger på forskellige udviklingsveje for sygeplejen og for klinisk uddannelse. Svaret taler lige- ledes på meget forskellige måder ind i både den uddannelseshistoriske og den uddannelsespolitiske kontekst, idet det er to ganske forskellige måder at forholde sig til spørgsmålet om arbejdsparathed. Sat på spidsen har PÅ TVÆRS aktualiseret spørgsmålet:

Gør vi de studerende arbejdsparate ved at give dem et særligt sæt af (basale?) kliniske færdigheder, eller består paratheden i at udvikle en grundliggende tilgang til det kliniske arbejde og patienterne – og derigennem viden om, at de kliniske færdig- heder, de får brug for, ville de ganske hurtigt kunne tilegne sig?

Projektet har ikke svaret på dette spørgsmål, og der er næppe heller tale om et enten-eller. Men balancen mellem et fokus på sygepleje-som-fær-

digheder og sygepleje-som-tilgang giver ikke sig selv. Bekendtgørelsen udgør sin egen magtfulde strømpil, men rummer begge ambitioner og overlader derfor i det store hele balancespørgsmålet til en lang række undervisere og de kliniske kontekster, som de studerende "havner i". Man kan som underviser eller vejleder dermed lade sig lede af egen overbevisning i relation til de studerende. Spørger man politikerne og arbejdsmarkedet, vil de gerne have dimittender med et kompetenceniveau svarende til en erfaren sygeplejerske. På mange afsnit er plejen dog så specialiseret, at både nyuddannede og erfarne sygeplejersker skal gennemgå et oplæringsforløb. De, der kommer mest i klemme, er de studerende, der ganske ofte oplever, at de ikke når at blive så parate, som de synes, de burde være, når de dimitterer.



Følgeforskningens teori, empiri og metoder

9

Som vi har beskrevet tidligere, er det på nogle måder kunstigt at adskille eksperimenterne og følgeforskningen, da vi i høj grad har skabt projektet sammen. Omvendt har vi, som følgeforskerne, også lavet selvstændige analyser og empiri af det ”store” projekt. Selv om det er tale om et koncentrat af en lang og snørklet forskningsproces, så prøver vi i de næste kapitler at give et overordnet billede af forskningens karakter og resultater. Interesserede læsere kan læse videre i de fire statusrapporter fra følgeforskningen, vi tidligere har skrevet eller i de videnskabelige artikler. Disse fokuserer i højere grad på forskningsprocessen og metodologi.

I dette afsnit vil vi introducere til følgeforskningens teorier, empiri og metoder. Læsere, der er mere interesseret i projektets resultater, kan med fordel gå direkte videre til næste kapitel.

Følgeforskningen har overordnet forfulgt forskningsspørgsmål:

Hvilke muligheder og barrierer er der for, at sygeplejestuderende kan opnå læring i klinikken gennem sammenhængende læringsprocesser, og hvordan er dette med til at styrke deres professionsidentitet?

De ”vi”, vi henviser til i de følgende kapitler, er derfor Sine Lehn-Christiansen og Mari Holen fra RUC.

Vi blev som forskere tilknyttet PÅ TVÆRS sent på efteråret i 2014. Reelt fik vi først en aktiv rolle ved årsskiftet 2014/2015. På dette tidspunkt havde PÅ TVÆRS været under udvikling over en længere periode, og grundidéen om etablering af en projektklasse og et hovedprojekt/hoved-

eksperiment med fire deleksperimenter i et klinisk uddannelsesforløb var etableret.

Som vi skrev i kapitel 3, valgte vi tidligt at lade os inspirere af aktionsforskning. Dette valg blev taget, fordi det lå i opdraget, at vi skulle vejlede og sparre på eksperimentet og også udfylde en rolle som kritisk analyserende med det formål at være med til at skabe ny viden om læreprocesser i klinisk uddannelse. Sagt med andre ord har vi haft en dobbeltrolle.

For det første har vi i tæt samarbejde med de enkelte eksperimentteams været aktive i at skabe viden om de konkrete eksperimenter. Vores rolle i denne del har først og fremmest været som sparringspartnere, men vi har også været med til at analysere data, som de forskellige eksperimenter har indsamlet undervejs. For det andet har vi, i et mere selvstændig forskerspor, undersøgt de studerendes læreprocesser og -forløb, ligesom vi har interesseret os for de uddannelsespolitiske og institutionelle rammer for disse.

Vi har som følgeforskere arbejdet tæt sammen med kliniske undervisere og vejledere. Alligevel vil man som læser se, at de studerendes stemme fylder mest i denne rapport. I og med at vi er optaget af læring, er de studerendes erfaringer helt centrale; det er dem, der skal lære noget (Billett et al 2019). Sat på spidsen kan man sige, at uddannelseskvalitet måske nok kan dokumenteres gennem beskrivelser af aktiviteter og kvalitetskriterier, men hvis ikke de studerende oplever, at de lærer noget, er det alligevel af meget begrænset værdi. Det er således med henblik på at få et dybdegående og nuanceret indblik i læreprocesserne, at vi har valgt at gå i de studerendes fodspor, når de har været i klinik, og at vi her i rapporten interesserer os indgående for, hvordan de har oplevet det. At give de studerende en stemme er ikke det samme som at ophæve det, de siger til sandhed, og der ligger således til hver en tid en analyse til grund for de analytiske pointer. Og analyserne er i høj grad funderet på både det forskellige, studerende har fortalt undervejs, interviews vi har lavet med vejledere på de kliniske uddannelsessteder, og den viden vi har fået fra projektet som helhed. Det er dermed langt fra alt det, de studerende gennem projektperioden har sagt, der har fundet vej til rapporten her.

Teoretiske inspirationskilder

Følgeforskningen hviler på en række teoretiske forståelser, som vi her vil forsøge at eksplicitere; det drejer sig om, hvordan vi betragter de studerende, deres læreprocesser og læringsforløb, den professionsidentitet, som man fra uddannelsens side ønsker at styrke, men også hvordan vi teoretisk såvel som konkret forholder os til projektets fordring om at skabe nye indsigter i, hvad der fremmer og hæmmer læring i klinik for sygeplejerskestuderende.

Læring og læringsprocesser

Helt grundliggende betragter vi læring som en social og relationelt forankret proces. Vi positionerer således forskningen inden for den sociokulturelle del af det pædagogiske forskningsfelt. Læreprocesser ses indlejret i en specifik sociokulturel praksis og er optaget af de kontekstuelle og relationelle aspekter af disse (Dysthe 2003). Vi forstår læring som en situation, social, distribueret, sprogligt medieret og kropsligt-ankret proces. Læreprocesser og læringsforløb forstås i sammenhæng, ikke bare med den nære sociale kontekst, men også med den samfundsmæssige kontekst. Læreprocesser udspiller sig således ikke blot mellem mennesker i et specifikt læringsrum – læringen vil altid være indlejret i institutionelle og samfundsmæssige vilkår, som forventes at få betydning for både, hvad der læres og måden, det læres på.

En anden væsentlig dimension i vores udforskning af de læreprocesser, der udspiller sig i og i kraft af de studerendes ophold i klinisk praksis, er kroppen som centralt aspekt af læring. Som Knud Illeris skriver, så udgår læring fra kroppen (Illeris 2006). Læring involverer kognitive og psykologiske processer, men disse er forankret i kroppen (Knudsen et al. 2011). De studerende er situeret i den kliniske praksis med deres kroppe og en god del af det, de forventes at lære, involverer ikke blot patienters kroppe, men i høj grad også deres egne kroppe.

Et tredje, men vigtigt element i forståelsen af læreprocesser, er, at læring forstås bredt og ikke kun som intenderede læreprocesser, der har med til-

egnelse af faglige kompetencer at gøre, men som en proces, der rummer ikke-planlagte og identitetsforandrende aspekter. Læring kan med andre ord ikke vælges fra. Alle situationer, interaktioner og kropslige erfaringer rummer således et potentiale for læring, og dermed også for læring, der strider imod formuleringerne i de formelle uddannelsesplaner og den gennemførte undervisning.

Professionsidentitet

At blive professionel (Dall'Alba 2009; Lehn-Christiansen 2016) indebærer en identitetsforandrende proces, der berører både ens syn på verden, den måde, man er i verden på og andres syn på en. Ikke forstået som en idealiseret eller udelukkende positiv proces; som alle andre identitetsforandringer vil det for mange indebære både positive og mindre positive elementer at tilegne sig en professionsidentitet. En professionsidentitet er selvsagt noget, der kommer med kompetencetilegnelse og erfaring. En professionsidentitet er – ligesom resten af vores identitet – ikke noget, der dannes én gang for alle. Den skabes i et kontinuerligt og magtfuldt samspil med de relationer og den kontekst, man er en del af (Davies og Harré 1990; Foucault 1982; Gergen 1997). Der er således ingen garanti for, at professionsidentiteten indfinder sig samtidig med eksamensbeviset, eller at processen er lineær eller ukompliceret. Dermed må det også forventes, at der er et spændingsforhold mellem studieordningens alignment-tænkning og professionsidentitetsprocessen.

Vi er inspireret af etnografisk arbejdende forskere, der har undersøgt identitetsprocesser i forskellige pædagogiske praksisser (Davies 2000, 2009; Davies og Harré 1990) ud fra en forståelse af identitet, som noget, der fortløbende forhandles og ”bliver til”, samt Foucault-inspireret forskning i, hvordan vi skabes som subjekter i et dynamisk samspil mellem de ideer og praksisser, som vi ”underkastes”, og den måde vi gør disse til ”vores egne” og en del af, hvem vi er (Søndergaard 1993, 1996, 2003). En central drivkraft i enhver identitetsproces er subjektets behov for bekræftelse af, at man fremstår som ”et socialt genkendeligt subjekt” af de nære omgivelser. Sagt på en anden måde, så forventes de sygeplejestuderende i større eller mindre grad at være optagede af at opnå klinikkens aner-

kendelse og accept af deres måde at være på; vejleder og kollegers syn på dem er et vigtigt aspekt af identitetsdannelse og muligheden for at opleve, at man hører til i sygeplejefaget.

Professionsidentitet kan forstås både på makro- og mikroniveau (McNeil 2014; Wackerhausen 2009). Undersøger man professionsidentiteten på et mikroniveau, sådan som vi gør i PÅ TVÆRS, forbinder den sig til både udtalte og udtalte normer for sygeplejerskers adfærd, og hvordan man som sygeplejerske forhandler fordelingen af arbejdsopgaver og domæner med tilstødende professioner. Wackerhausen peger på, at man for at blive accepteret som fuldgældigt medlem af en given profession skal følge og kropsligt indoptage en række usagte normer, der viser, at man hører til "flokket". De læreprocesser, der bidrager til skabelsen af en sygeplejefaglig professionsidentitet, er dermed i meget høj grad kropsligt forankrede; de ses i måden man står, går og er fysisk til stede på. Ikke blot i uniformen, men i måden uniformen bæres. Man viser sit professionstilhørsforhold ved at tale på en bestemt måde, ved at bruge de rigtige ord og begreber. Man stiller "de rigtige" spørgsmål, forstår og forklarer ting på en særlig måde. Disse "måder" er i meget høj grad dem, de studerende tilegner sig i klinisk praksis. En professionsidentitet er en forhandlet, relationel identitet, hvori der investeres følelser, tankevirkksomhed og energi.

Hvor mikroniveauet handler om de daglige interaktioner med kliniske vejledere, medstuderende, professionelle kolleger og naturligvis patienter/borgere, handler makroniveauet om, hvilke opfattelser der er af professionen på et kulturelt og samfundsmæssigt niveau i den brede offentlighed. Den sygeplejefaglige professionsidentitet formes således også af de forståelser, der findes i samfundet af, hvad en sygeplejerske er og bør være, og den grad af respekt og tillid, som professionen omgærdes af.

Et institutionelt perspektiv på klinisk (uddannelses)praksis

Klinisk uddannelsespraksis forstås som præget af nogle særlige institutionelle rationaler og normer, som sætter nogle særlige betingelser for, hvad der er muligt og dermed også, hvad der ikke (umiddelbart) kan lade sig gøre (Gulløv 2004; Smith 2005).

PÅ TVÆRS er en del af en institutionel sammenhæng, som påvirker projektet på forskellige måder. De institutionelle betingelser udgør et grundvilkår, der har været afgørende for, hvad der kan lade sig gøre for meningsskabelse og for den læring, som finder sted i projektet – både hos de studerende og hos de øvrige projektaktører.

Vi har arbejdet med en institutionel forståelse, hvor vi ser institutioner som formet af bestemte rationaler, professioner, interesser og kulturer. Disse dimensioner er specifikke for den institutionelle kontekst, som projektet udspiller sig i, og må derfor forstås konkret. Den institutionelle sammenhæng er overordnet kendetegnet ved at være under stadig forandring, samtidig med at den udgør en vis træghed (Czarniawska-Joerges og Sévon 1996, Holen 2011; Lehn-Christiansen 2011). Konkret betyder det, at vi undersøger, hvad der sker i spændingsfeltet mellem de institutionelle visioner og ønsker til god klinisk undervisning og udfordringerne i den konkrete udrulning heraf.

At omsætte idéer til praksis, sådan som PÅ TVÆRS-eksperimenterne fordrer, indebærer således et oversættelsesarbejde (Czarniawska-Joerges og Sevón 1996), når eksperimenterne skal afprøves i den kliniske hverdag. Dette oversættelsesarbejde forventes at byde på overraskelser, muligheder og udfordringer. Følgforskningen har valgt at fokusere på de udfordringer og overraskelser, der har vist sig undervejs, og har analyseret disse sammen med projektdeltagerne. På den baggrund har vi udviklet nye strategier for arbejdet med at kvalitetsudvikle klinisk uddannelse, men også ny viden om de institutionelle logikker og mekanismer, der findes i klinisk praksis, og som tænkes også at ville spille ind i andre typer af uddannelsesrettede forandringsambitioner.

Det kliniske læringsrum

Den institutionelle tilgang har betydning for, hvordan vi forstår og analyserer det kliniske læringsrum, idet vi netop ser dette som udtryk for nogle særlige institutionelle og organisatoriske muligheder og begrænsninger. Et eksempel på, hvordan læringsrummet er institutionelt forankret på en produktiv måde, er et intensivt neurokirurgisk afsnit, hvor

patienterne er så dårlige, at de passes – og overvåges – af en enkelt sygeplejerske. Plejen af disse patienter er så kompleks, at også de erfarne sygeplejersker er nødt til at holde sig fagligt skarpe, hvorfor det er fast kuty-me, at plejepersonalet træner ved dagligt at høre hinanden i faglige spørgsmål, ligesom selv ganske korte orlovsperioder fodrer et genoplæringsforløb. De studerende i denne afdeling arbejder helt tæt med en enkelt sygeplejerske om en enkelt patient, de er aldrig alene og de indgår som en selvfølge i afdelingens ”læringsrutiner”. Eksemplet viser, hvordan læringsrummet langt fra kun udgøres af uddannelsesforordninger eller af ”ildsjæle”, der mener, at læring er vigtigt. Læring er et vilkår for arbejdet, og de studerende inviteres således ind i et i veletableret læringsrum. I andre kontekster er læringsrummet langt mindre stabilt og inviterende, ligesom der findes afdelinger, hvor de studerendes læringsrum er helt afkoblet de læringsrum, som de øvrige professionelle har – I så tilfælde taler vi om afkoblede eller lukkede læringsrum.

Projektets empiri

Empirisk har vi arbejdet flerstrengt og multisitet (Marcus, 1995), hvilket især skal ses i lyset af, at de studerende har været i klinik mange forskellige steder, og projektets longitudinale karakter, der har givet mulighed for gentagne perioder med empiriproduktion. Hovedsageligt er det tale om empiri i fem kategorier:

- Uddannelsesdokumenter (curriculum, bekendtgørelse, modul/semesterbeskrivelser)
- Deltagelse i projektering af eksperimenter inkl. formelle og uformelle interviews med kliniske uddannelsesansvarlige og vejledere (møder, samtaler, spørgeskemaer, referater, mails)
- Fokusgruppeinterviews med de studerende (fire gange i løbet af uddannelsen)
- Feltobservationer og opfølgende enkeltpersonsinterviews (studerende, daglige vejledere, kliniske vejledere, kliniske undervisere)
- Forskningsværksteder

FOKUSGRUPPEINTERVIEW: Vi har gennemført fokusgruppeinterviews (Holstein og Gubrium 1995) med klassen i grupper på 2-7 deltagere fire gange i løbet af projektperioden. Første fokusgruppeinterviews fandt sted, da de studerende havde været på uddannelsen i 14 dage; anden gang da de havde været i deres første længerevarende klinik, tredje gang da de havde været i klinik i psykiatri og primærkommune, og endelig fjerde gang efter at de havde afsluttet den sidste lange praktikperiode og var i gang med sidste semester af deres uddannelse. Fordeling af de studerende i fokusgrupper er sket ud fra praktiske hensyn, hvilket vil sige, at grupperne har været forskelligt sammensat hver gang. Interviewene er foregået ved, at én af forskerne har fungeret som primær interviewer, og den anden har fungeret som observatør. Alle interviews er senere transskriberet, anonymiseret og kodet via Nvivo.

OBSERVATIONER: De studerendes lange¹ kliniske perioder lå på modul 4 (10 ugers praktik i somatik), modul 6 (10 ugers primærkommunal praktik), modul 8 (10 ugers psykiatrisk klinik)² og endelig 6 semester³ (20 uger i somatik/primærkommunal el. psykiatri). Vi har lavet observationer af udvalgte studerende i alle disse kliniske perioder, ofte over nogle dage hvert sted. Alt i alt har vi lavet observationer i 20 kliniksteder med projektstuderende. Under observationerne har vi først og fremmest fulgtes med de studerende rundt i afdelingen; en tilgang, der i den etnografiske litteratur benævnes ”shadowing” (Delgado og Cruz 2014). Som pointeret

1. I starten af uddannelsen er de studerende ude i en kortere klinik, tidligere kaldet punktpraktik.

2. Modul 6 og 8 kan tages i vilkårlig rækkefølge, hvilket vil sige, at nogle af de studerende har haft psykiatri inden primær og andre omvendt. Endelig var der to studerende, der var på udvekslingsophold.

3. Sygeplejerskeuddannelsen overgik til semesteropdelt uddannelse undervejs i projektforløbet.

af Delgado og Cruz, så er ”shadowing” en metode, der egner sig til multistitets etnografiske undersøgelser, idet den giver et rigt indtryk af den kontekst, som aktørerne handler i – og så får man som forsker den fordel, at man får lov at være med på steder og i situationer, som man normalt er afskåret fra (Delgado og Cruz 2014). Undervejs i feltarbejdet har vi talt med medstuderende, ansatte i afdelingen/klinikken/hjemmeplejen. Vi har skrevet udførlige feltnoter undervejs, som er samlet og systematiseret ved hjælp af Nvivo.

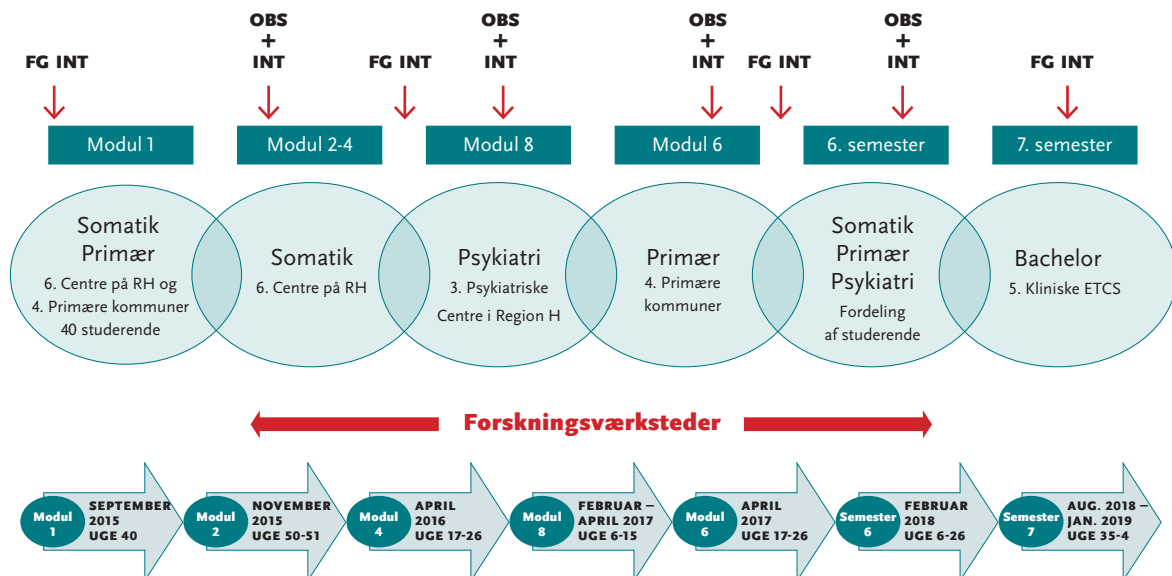
Samlet set er der gennemført mere end 50 interviews, der alle er blevet transskriberet verbatim. Feltnoterne løber op i flere hundrede sider.

Forskningsværksteder: Vi har afholdt godt 10 ”forskningsværksteder” med varierende fokus og omfang (Olsén, Nielsen og Aagaard 1996). Forskningsværkstederne har været med forskellige deltagere; nogle gange projektlederne, andre gange projektdeltagerne, og endelig nogle gange de studerende sammen med projektdeltagerne. Kendetegnende for værkstederne er, at vi har arbejdet med fælles spørgsmål og refleksion – og vi har arbejdet med plancher og post-it-sedler – og andre deltagende metoder. Som forskere har vi faciliteret disse workshops, hvorfor vi har haft andre til at tage referater, ligesom vi har fotograferet plancher undervejs. Endelig har vi draget fordel af at være to forskere ved grundigt at diskutere efter hver workshop med spørgsmål som: Hvad tager vi med os fra i dag? Hvilke positioner var der i diskussionerne? Hvad siger værkstedet om læring og læringsbetingelser? Hvilke forestillinger om læring eksisterer der i rummet?

Projektets forskellige deltagere har arbejdet med at reflektere og analysere deres praksis og projekterfaringer og herigennem identificeret udfordringer og udviklet ideer til, hvordan sammenhængen og kvaliteten i klinisk uddannelse kan forbedres.

Vi har ofte brugt det empiriske materiale som indspil i forskningsværkstederne – naturligvis i anonymiseret form. På den måde har værksteder fungeret vidensgenererende for deltagerne, men de har også bidraget til udarbejdelsen af de efterfølgende videnskabelige artikler.

Følgforskningens empiriindsamling



FG INT = Fokusgruppeinterviews med klasse

OBS = Feltobservation i klinik

INT = Interview (daglig/klinisk vejledere, studerende enkeltvis, andre projektører)

Analysestrategier og tematikker

Analytisk har vi arbejdet med kodninger (bl.a. Nvivo). Koderne har vi udviklet på baggrund af forskningsspørgsmål, tidligere forskning, teoretiske begreber og læsning af materialet.

Som vi beskrev i kapitel 3, har vi løbende været optaget af det, der forstyrrede os. Det kunne være ting, som undrede os, modsætninger vi ikke kunne forstå, modstand eller vanskeligheder i selve projekteringen, som kom til at fylde, eller handlinger, som blev problematiseret af projektdeltagere eller personer i klinikken. At arbejde analytisk med problema-

tiseringer kan man læse mere om her (Holen 2011; Lehn-Christiansen og Holen 2012).

I løbet af projektet har vi arbejdet med en række forskningsmæssige temaer, herunder:

- Kontekster og rekontekstualisering som pædagogisk perspektiv
- Personlig hygiejne som kernekompetence, men ”slavearbejde”
- Betydningen af sammenhold blandt studerende for udbyttet af klinisk læring
- ”Hvad kan du?” – når læringen starter forfra hver dag
- De studerendes læringsstrategier – at navigere i klinisk praksis (til- og fravalg af daglige vejledere)
- Patienten som læringsressource
- Når læring lykkes – hvad er god vejledning?
- Når lærings mislykkes – tab af motivation
- ”Uddannelsesfabrikken” – når de studerende er vrede på deres uddannelse

Størsteparten af disse tematiseringer har vi arbejdet med i papers og artikler – hvoraf ikke alle endnu er publicerede.

Formidling

Resultaterne af følgeforskningen er for mange og for omfangsrige til, at de i alle detaljer kan foldes ud i denne publikation. Vi har således i skrivende stund publiceret tre videnskabelige artikler, samt en række konference-papers. Derudover har vi løbende formidlet disse i mange forskellige sammenhænge inden- og udenfor Rigshospitalet, fx i form af oplæg på konferencer, temadage, forskningsseminarer etc. Derudover har vi givet interviews til diverse medier (IndenRigs, Rubrik, Sygeplejersken, Information), ligesom vi har prioriteret at understøtte etableringen af projektets minisite www.regionh.dk/spt, som løbende opdateres – også efter projektets ophør.

Følgeforskningens resultater

I de følgende kapitler vil vi beskrive følgeforskningens resultater (se også videnskabelige artikler). Vi har valgt at præsentere fire delvist selvstændige analyser.

Den første analyse ser på sammenhængsbegrebet og var en, vi lavede ret tidligt i projektet. Vi undrede os over, at der ikke var skrevet mere om kliniske læringsforløb i litteraturen og blev nysgerrige på, hvordan sammenhæng var adresseret.

I den anden analyse går vi tættere på læring af et specifikt område, nemlig personlig hygiejne. Analysen blev til fordi vi ville tættere på, hvilken betydning de forskellige kontekster har for læring og gerne også ville komme tættere på en helt specifik del af sygepleje.

I den tredje analyse koncentrerer vi os om ”care”, som vi i analyseafsnittet oversætter til pleje – men som også indebærer omsorg. Vi viser, hvordan omsorg/pleje er omgærdet af flere forskellige logikker, som de studerende skal navigere mellem.

Når vi i den sidste analyse vender blikket mod relationerne i læringen, er det fordi, de studerendes beretninger fra klinik ofte har haft afsæt i relationer. Vi har ønsket at komme tættere på, hvilke relationer, der er på spil i læringen og ikke mindst hvordan.



Drømmen om sammenhæng¹ 10

PÅ TVÆRS blev til ud fra et ønske om at skabe bedre sammenhæng mellem de kliniske perioder. De studerende skulle i højere grad kunne bygge videre på de kompetencer, de havde oparbejdet sig på et klinisk undervisningssted til det næste. Tesen var, at hvis de kliniske undervisere arbejdede tættere sammen og anvendte de samme pædagogiske metoder, så kunne de studerendes læringsprocesser i højere grad være præget af sammenhæng. Det var på den baggrund, vi etablerede de fire eksperimenter.

Som forskere i PÅ TVÆRS gjorde vi tidligt et gravearbejde i forhold til at forstå sammenhæng.

Går man til læringslitteraturen, finder man forskellige teoretiske bud på, hvad sammenhæng i (klinisk) læring er. Sammenhæng er således en velkendt og anerkendt faktor i arbejdet med uddannelseskvalitet.

Sammenhæng kan både handle om indholdet i selve undervisningen, typisk adresseret som en målsætning om sammenhæng mellem mål, eksamenskriterier og undervisningsformer (Biggs 2003). Læringsmæssig sammenhæng kan også handle om overgange mellem forskellige kontekster for læring. Sidstnævnte er i professionsuddannelserne ofte diskuteret som et spørgsmål om forholdet mellem teori og klinik (Henningsen og Mogensen 2013; Haastrup et al. 2013) og mellem forskellige læringsrum (uddannelsessted over for arbejdsplads, samt ideen om SIM som ”det tredje læringsrum”) (Nortvig og Eriksen 2013; Soffer 2014).

Selvom vi ledte, kunne vi ikke finde begreber eller diskussioner, der forholdt sig til sammenhæng i kliniske uddannelse, og det blev derfor en opgave at undersøge, om det havde været en del af diskussionen, der førte til uddannelsesrevisionen i 2016. Et godt sted at starte var at se på, hvordan sammenhæng i klinisk uddannelse tidligere var blevet adresseret.

1. Dette analyseafsnit bygger på artiklen ”Drømmen om sammenhæng”.

I et cirkulære om sygeplejerskeuddannelsen fra 1957 står der:

Grunduddannelse – dvs. sygeplejeforskolen og 3-årig uddannelse med forkursus – der er en forudsætning for opnåelse af autorisation som sygeplejerske, skal være sammenhængende. (Indenrigsministeriet 1957, s.1).

Citatet er illustrativt for, hvad der ganske tidligt blev klart i vores arbejde, nemlig at sammenhæng er knyttet til *kvalitet i uddannelse*, hvad enten der er tale om en indre faglig sammenhæng i uddannelsen og uddannelsesforløbet, eller som sammenhæng mellem uddannelse og arbejdsmarkedskrav (Heggen og Smeby 2012). Samtidig kunne vi også se, at der hersker meget forskellige forestillinger om, hvor der mangler sammenhæng, og hvad denne sammenhængsproblematik egentlig består i. Endelig var det også klart, at sammenhæng var noget, der først og fremmest var politiseret; ofte formuleret som et ønske om at skabe mere sammenhæng i uddannelsen. Vi blev nysgerrige på, hvad der tænkes om sammenhæng, og hvordan disse tanker får indflydelse på den kliniske del af uddannelsen. Det blev et projekt for os at se, hvordan sammenhæng var tænkt i forhold til klinisk uddannelse, og det var nærliggende at gribe fat i uddannelsesbekendtgørelsen, som rammesætter sygeplejerskeuddannelsen.

Vi var interesseret i at komme dybere ned i de forståelser og føringer om sammenhæng, der lå i bekendtgørelsen, og det førte os til at foretage en analyse af de centrale politiske dokumenter, som lå til grund for udvikling af de nye sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser, der trådte i kraft september 2016, og særlig revideringen af sygeplejerskeuddannelsen. Konkret fandt vi frem til en række dokumenter, der lagde grunden for revidering af sundhedsuddannelserne op til 2016. Vi ville undersøge, hvilke problemopfattelser dokumenterne hvilede på, og derigennem vise, hvordan forskellige former for sammenhæng præger den måde, hvorpå klinisk uddannelse bliver diskuteret.

Analysen blev til ved hjælp af Carol Bacchis tilgang til policy analyse (Bacchi 2009; Bacchi og Goodwin 2016), som er en tilgang til analyse af, hvilke problemer en politik er sat til at løse. Eller rettere: Analysen hævder, at problemer ikke er givne, men netop det, der politiseres – og derfor må

man forstå karakteren af problemdannelsen for at forstå, hvorfor en særlig politik er blevet til og effekterne af den. Vi supplerede Bacchis tilgang med Norman Faircloughs ideer om intertekstualitet og interdiskursivitet (Fairclough 1992), som vi vurderede egnede til undersøgelse af et reform-arbejde, idet de valgte dokumenter er produceret inden for samme felt (eller med Faircloughs begreb: samme diskursorden) med det formål at få indflydelse på uddannelsesudviklingen.

Præsentation af de analyserede tekster

Analysen bygger på ni dokumenter, udgivet i perioden 2010-2016. Dokumenterne er gengivet i tabellen nedenfor.

Oversigt over de dokumenter der indgår i analysen

	Udgiver	Titel	Dato
1.	Styrelsen for Videregående uddannelser, Uddannelses- og Forskningsministeriet	Fælles om udvikling af de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser	25. august 2015
2.	Styrelsen for Videregående Uddannelser, Uddannelses- og Forskningsministeriet	Retning for de monofaglige udviklingsgruppers arbejde,	25. august 2015
3.	New Insight (Uddannelses- og Forskningsministeriet)	Uddannelsesfremsyn på sundhedsområdet — Uddannelses- og Forskningsministeriet	2014
4.	Implement (Sundhedskartellet)	Kompleks fremtid og reflektive sundhedsprofessionelle – Om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne	2014
5.	EVA	Tværsnit af sygeplejerskeuddannelsen	2010
6.	Danske regioner	Kvalitet i fremtidens sundhedsuddannelser	2012
7.	Kommunernes Landsforening (KL)	Next Practice – Udvikling af det nære sundhedsvæsen gennem bedre sundhedsuddannelse2	2014
8	KL, Danske Regioner, FTF, LO og Danske Professionshøjskoler	Kvalitet og relevans i professionsbacheloruddannelserne	2015
9.	Dansk Sygeplejeråd	Klinisk vejledning på sygeplejerske-uddannelsen – en undersøgelse blandt vejledere i regionerne	2013

Dokumenterne blev fundet via søgning på internettet samt samtaler med nøglepersoner. Vi fandt i alt 16 dokumenter og udvalgte efterfølgende 9, der efter vores vurdering har spillet den vigtigste rolle i udformningen af de nye sundhedsuddannelser. Vi valgte at sætte fire dokumenter i analysens forgrund. Det drejer sig om dokument 1-2 fra Centraladministrationen, som har været retningsgivende for reformens indhold ved at udstikke rammerne for arbejdet og opstille ministeriets indholdsmæssige krav til revisionen af uddannelserne. Dokumenterne behandlede vi analytisk som ét og refereres i teksten som ”de ministerielle rammedokumenter” eller blot ”rammedokumenterne”. Dokumenterne er særligt interessante, fordi de er udarbejdet med opbakning fra en enig styregruppe med repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen, Sundhedskartellet, Danske Professionshøjskoler samt Styrelsen for Videregående Uddannelser, dvs. de dominerende interessenter på området. Dertil kommer to rapporter; ministeriet ”egen” rapport, udarbejdet af Implement, og Sundhedskartellets rapport, udarbejdet af New Insight. Begge disse rapporter refereres til af ministeriet som udgørende grundlaget for rammedokumenterne. Dokumenterne 5-9 udgør analysens baggrund; de trækkes ind i en undersøgelse af, hvordan problematiseringerne reproduceres eller transformeres i rammedokumenterne.

Sammenhæng som aktuelt problem

Man skal ikke læse længe, før sammenhæng dukker op i de ministerielle rammedokumenter:

Uddannelserne skal tilrettelægges med et skarpt fokus på sammenhængende forløb, der binder teori og praktisk/klinisk uddannelse sammen – både den kommunale, regionale, statslige og private sektor i relevant omfang – og giver de studerende erhvervsrettede og personlige kompetencer, så de får en god overgang til arbejdsmarkedet efter afsluttet uddannelse. (Uddannelses- og Forskningsministeriet 2015a, s. 2)

I citatet vægtlægges et ”skarpt fokus på sammenhængende forløb”; de studerende skal lære at arbejde tværsektorielt med henblik på at skabe sammenhængende patientforløb. Der er flere forståelser af sammenhæng i spil, hvor bedre sammenhæng mellem teori og praktik får status af den nøgle, der kan åbne for de andre sammenhænge; sammenhæng i forløb, sammenhæng mellem sektorer og også sammenhæng mellem uddannelse og arbejdsmarked. Troen på at øget sammenhæng er løsningen på kvalitet fremtræder også i det næste citat:

De studerende skal gennem uddannelsen tilegne sig stærke professionsfaglige kompetencer og skal med dette afsæt kunne indgå i tværfaglige og tværprofessionelle sammenhænge. Dimittenderne skal have såvel stærke teoretiske som stærke kliniske/ praktiske kompetencer. Der er behov for, at studerende får styrket deres handlekompetencer. Parterne peger på det såkaldte tredje læringsrum (simulationstræning, færdighedslaboratorier m.v.) som en metode, der kan bidrage til at styrke koblinger mellem teori og praktik, og som understøtter udviklingen af de studerendes handlekompetencer. (Uddannelses- og Forskningsministeriet 2015a, s. 3)

Det interessante i dette citat er, at dét, der angiveligt skal til for at styrke handlekompetencerne, er en øget sammenhæng mellem teori og praksis. Sammenhæng eller koblinger mellem disse elementer er altså det, der kan løfte de studerende læringsmæssigt. Yderligere interessant er det, at det anbefales at bruge simulations- eller færdighedstræning for at styrke sammenhængen mellem teori og praksis. Anbefalingen følger PÅ TVÆRS, hvor de studerende tilbydes simulationsundervisning, som en del af deres kliniske perioder, og den internationale trend (Lehn-Christiansen og Holen 2017b), hvor simulationstræning i høj grad italesættes som en måde at koble teori og praksis (Rutherford-Hemming 2012; Strand, Náden og Slettebo 2009). Forslaget er også interessant i lyset af, at en rapport udgivet af DSR i 2013 angiver denne læringsmulighed som en ikke-bæredygtig løsning. Der eksisterer for få simulations- og færdighedslaborato-

rier, og de, der er, anvendes i vid udstrækning af klinikken selv og er derfor i mindre omfang tilgængelige for de studerende (Dansk Sygeplejeråd 2013) (Dansk Sygeplejeråd 2013). Simulationslaboratorier er dyre at etablere, hvilket er en udfordring al den stund, at revisionen skal gennemføres inden for den eksisterende økonomiske ramme (Uddannelses- og Forskningsministeriet 2015a, s. 2).

Sammenhæng der skaber sammenhæng

Analysen af de sammenhængsproblematiseringer, der findes i de ministerielle rammedokumenter viser, at der er flere sammenhængsproblematikker på spil. Opsummerende kan vi identificere fire forskellige problematiseringer af sammenhæng:

- 1) Sammenhæng mellem professioner og sektorer
- 2) Sammenhængende patientforløb
- 3) Sammenhæng mellem uddannelse og arbejdsmarked
- 4) Sammenhæng mellem teori og praktik

Sammenhængsproblematiseringerne kobles til hinanden på en særlig måde. Styrkelsen af sammenhæng mellem teori og praksis skrives frem som en vigtig nøgle i forhold til de øvrige sammenhængsproblematikker. En bedre sammenhæng mellem teori og praksis vil ligefrem skabe *bedre sammenhæng* mellem uddannelses- og arbejdsmarked, hvilket vil skabe sammenhæng i arbejdet mellem professioner og sektorer, der vil skabe sammenhæng i patientforløb. Der er med andre ord tale om fremskrivning af en særlig årsags-virkningssammenhæng, hvor sammenhæng mellem teori og praksis gives en prominent plads som det problem, der skal løse de andre problemer.

Sammenhæng som fremtidssikrende kompetence

Efter gennemlæsning af de samlede dokumenter er det ikke nogen overraskelse, at det netop er disse fire sammenhængsproblematiseringer, der tales om i rammedokumenterne. Faktisk er aktørerne hele vejen rundt langt hen ad vejen enige om, at der er et behov for bedre tværsektorielt samarbejde for at skabe sammenhængende patientforløb, og for at dimittenderne meget gerne må være meget arbejdsmarkedsparate. Alligevel er der noget, der undrer. For hvordan kan det være, at det netop er blevet sammenhængen mellem teori og praksis, der er blevet det dominerende uddannelsesmæssige problem? Hvorfor er det lige dén sammenhæng, der gøres til grundlagsproblematikken? Vi prøver at finde et svar i de to rapporter, der har dannet grundlag for rammedokumenterne.

Vender vi blikket mod den såkaldte ”Fremsynsrapport” (New Insight, 2014), som blev udarbejdet på foranledning af ministeriet op til revisionen, kan vi konstatere, at de to første sammenhængsproblematiseringer (altså, sammenhæng mellem professioner og sektorer med henblik på sammenhængende patientforløb) fremgår ganske tydeligt. Rapporten fremskriver en kompetenceprofil, hvori en ud af ”de tre mest betydningsfulde generiske kompetencer i 2025” fremhæves til at være:

At kunne agere professionelt på tværs af organisatoriske, strukturelle og faglige siloer i sundhedssystemet i specialiserede og tværfaglige teams. (New Insight 2014, s. 11)

Det at kunne agere i et sammenhængende sundhedsvæsen italesættes hermed som en kompetence. Manglende sammenhæng i patientforløb og mellem sektorer transformeres fra et organisatorisk og strukturelt problem til den sundhedsprofessionelle ageren gennem teamarbejde. I rammedokumenterne ses det, at både behovet for sammenhængende patientforløb og sammenhæng på tværs af organisatoriske og faglige opdelinger transformeres til et uddannelsesmæssigt krav; det bliver til et spørgsmål om uddannelsesindhold, kompetencer og kvalitet.

Det tværprofessionelle og tværsektorielle samarbejde understøtter de sundhedsfaglige indsatser og bidrager til at give borgeren og patienten et sammenhængende forløb. (...) for at opnå dette skal de tværprofessionelle studieaktiviteter indgå som en integreret del af hele uddannelsesforløbet og ses som en integreret del af den enkelte professionsfaglighed". (Uddannelses- og Forskningsministeriet 2015b, s. 4)

Ministeriet udstikker her bindinger i forhold til oprettelser af nye uddannelsesmæssige elementer, som skal sikre sammenhængende patientforløb. Det interessante er, at uddannelsen til sygeplejerske som bekendt allerede udgøres af klinik i forskellige sektorer. Fokus lægges ikke på at skabe sammenhæng mellem de allerede eksisterende kliniske perioder, men på nye uddannelseselementer.

Sammenhæng som uddannelseskvalitetsproblem

Retter vi blikket mod sammenhængsforståelse tre og fire (sammenhæng mellem uddannelse og arbejdsmarked og sammenhæng mellem teori og praktik) ses det, at rapporten fra sundhedskartellet (Implement 2014) beskæftiger sig ganske omfattende især med sammenhæng mellem teori og praksis. Rapporten, der i lighed med rapporten fra New Insight udgør grundlaget for de ministerielle rammepapirer, er udarbejdet på foranledning af sundhedskartellet. Den repræsenterer dermed fagforeningernes syn på uddannelsesrevisionen.

Teksten forholder sig diskuterende til problematiseringen vedrørende manglende sammenhæng mellem teori og praksis; den fremhæver, at klinisk viden er andet og mere end "anvendelse af teori", og at teori ikke altid kan eller skal kunne anvendes i praksis. De to typer af uddannelsesmæssige arenaer skal "komplementere hinanden", ligesom det bemærkes, at der *kan* være et behov for, at uddannelserne på skoledelen i højere grad end nu relevansgøres i forhold til klinikken. Rapporten gør det til en

væsentlig pointe, at der er ”et øget behov for klinikkens pædagogik og didaktik”. Rapporten er dog mest optaget af, at kvaliteten af klinisk uddannelse ganske enkelt er for lav (Implement 2014, s. 12-13). Med rammedokumenterne in mente kan man mene, at sundhedskartellets forsøg på at ”bløde op” på problematiseringen af den manglende sammenhæng mellem teori og praksis ved at parafrasere debatten, ikke har sat spor i reformarbejdet, ganske som rapportens fokus på at kvaliteten i den kliniske uddannelse ikke er god nok, heller ikke kan genfindes i reformgrundlaget.

Interessant er det imidlertid, at det heller ikke er på New Insights foranledning, at sammenhæng mellem teori og praksis har fået så afgørende en plads i reformudspillet. Denne sammenhængsforståelse er nemlig slet ikke til stede i rapporten. Teori og praksis optræder side om side, fx i formuleringer om, at de studerende skal ”kunne forstå og reflektere over teorier, metode og praksis”. (New Insight 2014, s. 29)

En rejsende problematisering

Svaret på, hvor teori–praksis–problematiseringen kommer fra, og hvorfor den har fået den status, den har, i ministeriets rammedokumenter, findes således ikke i de rapporter, der udgør de officielle grundlag. Til gengæld kan den identificeres i mange af de rapporter, der er udgivet af de centrale aktører i årene op til revisionen. Fx finder vi den i 2010 hos Evalueringsinstitutionen (EVA), der på baggrund af den første akkreditering af sygeplejerskeuddannelsen skriver:

Efter reformen i 2001 blev der fremført det synspunkt, at kløften mellem teori og praksis nu var ved at blive for stor (EVA 2006, 2010, s. 10).

Citatet er et udtryk for en eksplicit intertekstualitet, idet der refereres til en egen tidligere udgivelse fra 2006, hvori manglende sammenhæng mellem teori og praksis konstitueres som problem. Det interessante er, at problematiseringen reelt set ikke foldes ud; det eneste vi får at vide er,

at der er tale om en kløft, der er blevet for stor. Rapporten tager for givet, at læseren kender til substansen i problemet. Vi finder også problematiseringen hos Danske Regioner, der taler om, at der ”skal være en fornuftig sammenhæng mellem uddannelsernes teoretiske og praktiske indhold” (Danske Regioner 2012, s. 9) og hos Sundhedskartellet, der i samarbejde med de Danske Professionshøjskoler i 2014 afgav deres anbefalinger til uddannelsesrevisionen.

Koblingen mellem teori og praksis har været genstand for forskning og udvikling igennem lang tid, og de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser er gode eksempler på en solid og god kobling mellem den teoretiske viden og udfordringerne i den kliniske hverdag. Alligevel er der blandt de studerende en efterspørgsel efter bedre sammenhæng mellem de teoretiske og kliniske uddannelsesforløb. En række undersøgelser viser, at når de studerende oplever, at der er god sammenhæng mellem teorien og praktikken, er der mindre risiko for, at de falder fra. Samtidig efterspørger arbejdsgiverne styrkede kliniske handlekompetencer. (Sundhedskartellet og Danske Professionshøjskoler 2014, s. 5)

Professionshøjskolerne fremhæver interessant nok, at der er en god sammenhæng mellem teori og praksis. Men der bæres alligevel brænde til bålet, for sammenhængen kan fra et studenterperspektiv blive endnu bedre. Således reproduceres problematiseringen, alt imens der tilføjes, at en (endnu) bedre sammenhæng mellem teori og praksis ikke blot vil styrke slutkompetencerne; det vil også mindske frafaldet hos de studerende, et andet dominerende ”problem” i uddannelsessektoren. Andetsteds i dokumentet sendes der en bøn om, at professionshøjskolerne ”mangler et økonomisk håndtag i kvalitetssikringen og dialogen med de kliniske uddannelsessteder”. (Sundhedskartellet og Danske Professionshøjskoler 2014, s. 5)

Ud over de ovenfor citerede rapporter finder vi problematiseringen af teori-praksis-relationen i yderligere et dokument, nemlig i en rapport udgivet i samarbejde mellem mange af de centrale aktører. Denne rapport afgiver en række anbefalinger til revisionsarbejdet og fremhæver:

Samspeilet mellem teori og praktik spiller [...] en vigtig rolle for kvaliteten i uddannelserne. Det er derfor af central betydning, at uddannelsesinstitution og praktiksted arbejder tæt sammen om uddannelserne, herunder praktikforløbene. Arbejdsgivere og uddannelsesinstitutioner har mange steder indgået partnerskabsaftaler, hvor bl.a. rammerne om praktikken og dens organisering aftales. (KL et al. 2015, s. 3).

Teori-praksis som dominerende problematisering

Meget tyder på, at dette kor af stemmer, der italesætter problemet omkring sammenhæng mellem teori og praksis, har gjort indtryk hos Styrelsen for Videregående Uddannelser. Ser vi på selve bekendtgørelsen om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje, kan § 3 stk. 2 ses som et svar på den gentagne problematisering:

”Institutionen og den organisation, der stiller praktiksted (klinisk uddannelsessted) til rådighed, samarbejder med henblik på at sikre sammenhængen mellem den teoretiske undervisning og praktikken (den kliniske uddannelse). Institutionen sørger for, at samarbejdet etableres og vedligeholdes”. (Uddannelses- og Forskningsministeriet 2016, s. 1-2).

Lovtekstens fokus er rettet mod den organisatoriske sammenhæng, hvor der stilles krav om udarbejdelse af ”forpligtende aftaler” om samarbejdet, at skoleinstitutionen har pligt til at sørge for, at samarbejdet mellem skole og klinik etableres og vedligeholdes (§3). Sammenhængen konstitueres her som et organisatorisk anliggende, der skal sikres gennem en formalisering af samarbejdet mellem de uddannelsesorganisatoriske enheder.

Konsekvenserne af problematiseringerne

Implikationen af, at teori-praksis-sammenhængen gives så prominent en plads i revisionsarbejdet, synes at være, at spørgsmålet om kvaliteten af klinisk uddannelse bliver et spørgsmål om kvaliteten af relationen til professionshøjskolerne. Spørgsmål afledt af klinikken selv (fx af ressourcemæssig karakter) lades ude af rammedokumenterne. Ansvar for den gode kliniske uddannelse – som altså bliver lig med uddannelse, hvor der er sammenhæng mellem klinik og teori – bliver i høj grad til professionshøjskolernes ansvar; de skal sørge for, at ”koblingen” finder sted. Problematiseringen vedrørende teori-praksis fremstår således ved reformarbejdets afslutning ikke bare som dominerende, det konstitueres også som et problem af didaktisk og uddannelsesorganisatorisk karakter; nærmest uafhængigt af den praksis, hvori og til der uddannes.

Gallagher pointerer i en artikel fra 2004, at sygeplejerskeprofessionen har taget teori-praksis-diskussionen til sig i en sådan grad, at andre typer af tænkning og udvikling af profession og uddannelse end de, der tager netop dette udgangspunkt, forsvinder. (Gallagher 2004)

Som følgeforskere i PÅ TVÆRS finder vi dette interessant af flere årsager.

For det første viser vores empiriske undersøgelse af klinisk uddannelse, at der er masser af forskellige teori/praksis-sammenhænge i klinik; en påstand, som understøttes af andres forskning (Kamstrup 2015). De studerende fra PÅ TVÆRS har som en del af deres ordinære kliniske uddannelse haft en række af formaliserede læringsredskaber (studieplaner, eftermiddagsworkshops, refleksionsværksteder, opgaver osv.), der sætter fokus på koblinger mellem viden og praksis, foruden at de løbende i klinikken er blevet spurgt til deres viden om specifikke områder. Endelig er en del af praksis at søge viden via søgebaser, kliniske retningslinjer, i kollegiale sparringsfællesskaber, studiegrupper etc. – en praksis, som hviler på den grundtanke, at praksis skal underbygges med viden.

For det andet – og måske vigtigere: At fokus på teori/praksis i virkeligheden overskygger det, som har vist sig som en langt sværere og grundliggende opgave, nemlig læring i praksis i sig selv/på egne præmisser. Den

sammenhængsopfattelse, som PÅ TVÆRS-projektet undersøger, sammenhæng i kliniske uddannelsesforløb og læringsprocesser, er *ikke* særlig fremtrædende, hverken i forskning, politik eller uddannelsesplaner.

Klinikken som læringskontekst

I daglig tale møder vi ofte vendinger som ”klinikken” og ”klinisk praksis”. Vender vi blikket mod uddannelsesbekendtgørelsen, studieordningerne og de konkrete semesterbeskrivelser, ser vi ligeledes en tendens til at italesætte ”klinikken” som bestående af ét og samme læringsrum; det kliniske læringsrum. Vi vil argumentere for, at dette hænger sammen med teori/praksis-matricens dominans, fordi klinik ofte adresseres som den ene halvdel af makkerparret teori-praksis og dermed bliver til klinikken.

Men, hvor teorirummet med nogen ret kan siges at være forudsigeligt i både form og indhold, så udgør den kliniske læringskontekst i realiteten mange forskellige læringsrum, spændende fra de overordnede kliniske praktiksteder til den enkelte læringssituation. Dette kan siges at være en uundgåelig følge af det kliniske arbejdes diversitet og dermed også et helt centralt argument for, hvorfor den teoretiske undervisning ikke kan stå alene. Ikke desto mindre kan man, når man får blik for den kolossale variation, der er i de forløb og læringsbetingelser, som de studerende møder, undre sig over, at diversiteten ikke fylder mere i uddannelsestænkningen. Som følgeforskere i PÅ TVÆRS-projektet har vi, lige fra de studerende var ude i deres første kliniske periode, kunnet se, at klinik netop ikke kun er klinik. Vi har tværtimod kunnet se, at den konkrete kliniske kontekst har vældig stor betydning for, hvad de studerende lærer; praksis byder på mange forskellige betingelser for læring – i en klasse med 40 studerende er vi reelt vidner til 40 forskellige uddannelsesforløb. Det gør alverden til forskel, om man er i klinik i et ambulatorium, på en intensiv afdeling, på et plejecenter osv. Der er et behov for at forstå læring i disse meget forskellige kontekster, hvis uddannelserne skal forbedres (Larsen 1999).

Læringskontekster og kryds

Sygeplejerskeuddannelsens struktur er formet af EU's minimumskrav til uddannelsen, der bl.a. tilsiger, at uddannelsen skal have praktik fra det medicinske, pædiatriske, obstetriske, psykiatriske, primærkommunale og kirurgiske område.

Som følgeforskere har vi godt kunnet få øje på forskellene på en psykiatrisk afdeling og en hjemmesygepleje, men vi har også fået øje på, at kontekst ikke alene lader sig indfange af medicinske specialeprædikater. Der er meget mere i sagen end denne overordnede skelnen. Når de studerende skal ud på kirurgiske klinik-steder, kan de havne på et ambulatorium, ligesom de kan havne på en mave-tarm-kirurgisk afdeling. De kan også, som fx Ditte, havne på en højt specialiseret intensiv afdeling:

Ditte skal vaske en patient, der har fået fjernet hovedskallen (som opbevares i 'skallebanken', indtil den forhåbentlig kan sættes tilbage på patientens kranie). Der er flere sygeplejersker omkring patienten, der er komatøs. Ditte er derfor aldrig alene på stuen, hun plejer i tæt samarbejde med mindst én anden sygeplejerske. I forhold til andre afsnit er normeringerne høje.

En anden studerende, Lars, får sit 'kirurgiske kryds' gennem et klinisk ophold i et plastikkirurgisk ambulatorium. Her tilbringer han de fleste dage i en konsultationsstue, enten i selskab med en anden sygeplejerske eller med en læge. Patienterne, der kommer her, skal fx have foretaget mindre operative indgreb og rekonstruktioner efter kræftforløb. Konsultationerne er af 10-15 minutters varighed, ud over en kort klinisk undersøgelse, som Lars observerer de erfarne kollegaer udføre. Måske skal der fjernes en sutur, men størstedelen af arbejdstiden går med at indtaste i sundhedsplatformen.

Pointen er enkel: Kirurgisk praksis kan være mange forskellige ting, og der er derfor også en verden til forskel på de læringsmuligheder, der findes i disse.

Spørgsmålet er, om det er et problem, når ikke bare Lars og Ditte, men i realiteten alle sygeplejerskestuderende gennemgår så forskellige læringsforløb, at det kan være vanskeligt at holde fast i forestillingen om, at de har taget én og samme uddannelse. De mangfoldige praksisser skaber i hvert

fald udfordringer i forhold til uddannelsesinstitutionens bestræbelser på at sikre, at de studerende opnår de læringsudbytter, der er fastlagt i bekendtgørelsen, udmøntet i studieordninger og konkretiseret i semesterbeskrivelsernes undervisningsaktiviteter, læringsmål og prøveformer. I praksis har Lars oplevet det således:

Lars: "Vores semesterbeskrivelse er nærmest skræddersyet efter almindelige senge-afsnit. Så man kan jo ikke altid bruge den til ambulatoriet, så der var nogle gange, hvor der var nogle opgaver, vi skulle lave, som vi ikke kunne udføre."

Sine: "Kan du prøve at give et konkret eksempel på det?"

Lars: "Ja, så var det sådan noget med for eksempel, hvor der står, at man skal følge en patient i seks timer eller sådan noget og ligesom gå, hvad vil man gøre og gå ind og lave nogle interventioner, men vi har en patient i ti minutter, og det er det, ikke? Og så går de igen. Så bliver man nødt til at gøre det på en anden måde, ikke?"

Sine: "Hvad gjorde I så?"

Lars: "Jamen, i mit tilfælde valgte vi så, at man havde en række, ligesom række af patienter, som er lidt den samme og så for at sammenligne dem eller. Så var det det, vi ligesom fandt på, vi måtte improvisere."

På ambulatoriet lader det sig ikke gøre at følge en patient en hel dag, så Lars og hans vejleder finder på noget andet, som måske – måske ikke – kan erstatte den formelle beskrivelse. Omvendt oplever Ditte at blive oplært i en plejepraksis, der er så specialiseret, at det er tvivlsomt, om hun får brug for sine ny erhvervede kompetencer, med mindre hun ansættes på denne eller et tilsvarende afsnit.

Det er således en af projektets pointer, at klinik ikke bare er klinik. Hvert eneste afsnit udgør reelt sit eget læringsrum, som ikke alene lader sig indfange, hverken af EU's specificeringer eller af semesterbeskrivelserne. Som en af de studerende, Ebba, reflekterer på 7. semester;

Der er kæmpe forskel på klinikkerne. Nogle steder får man næsten for meget, og andre steder så hungre man efter at få noget undervisning, fordi man er efterladt alt for meget til sig selv. Og jeg tror også lidt, for at vende tilbage til den der usikkerhed. For mig har det rigtig meget at sige, at jeg ikke kan tage det, jeg har lært fra skolen, og tage det med ud i klinikken, fordi. Det er helt anderledes ude i klinikken. Altså selvfølgelig

er der nogle grundliggende ting, sådan anatomi og fysiologi og sådan noget, men. Der er bare så mange ting, som, som ikke er, som jeg regner med, det er, når jeg så kommer ud, så jeg har ikke noget sådan at læne mig op ad. Og så kan jeg altså ikke sige, nå, men så har jeg været i den her klinik, så må det være sådan, det er. For så kommer jeg ud i en ny klinik, og så er det helt anderledes. Så jeg tror, for mig, der, der handler det meget om sådan. Det der med at der er simpelthen så kæmpestor forskel. Og der, der er ikke noget, der er almindeligt. Der er ikke noget, der sådan er det samme. Man har bare ikke noget ben at stå på, altså fordi det er, det skifter hele tiden. Hvis noget af det gav mening?”

Dette citat viser, at de kliniske kontekster ikke bare er meget forskellige, hvad angår afdelingstype (ambulatorie/sengeafdeling/hjemmepleje) og graden af specialisering (plejehjem/højintensive afdelinger). Afdelingernes ekspertise i pædagogisk rammesætning og vejledningens kvalitet er også meget forskellig. På nogle afdelinger har de en særdeles veludviklet organisation og understøttelse af den kliniske læring; på andre steder har de næsten ingen erfaring med at have studerende i klinik. Ligeledes med vejledning; nogle sygeplejersker på de kliniske afdelinger går højt op i vejledning, har forfinede greb til at udfordre og hjælpe de studerende. På andre afdelinger er det ikke så veludviklet. På nogle afdelinger har de så mange nyuddannede sygeplejersker tilknyttet, at konkurrencen om læringsrum reelt udgør en barriere for de studerendes læring.

At gå for sig selv som studerende beskrives af mange studerende som tilfredsstillende og kompetencegivende, hvis det vel at mærke er understøttet vejledningsmæssigt. I andre tilfælde er de studerende gået for sig selv og har selv skullet opsøge læringssituationer som fx vejledning, ”hvis de har behov for det”. Her sker der ofte det, at læringspotentiallet ikke udnyttes.

Som vi så i afsnittet omkring medicineksperimentet, er spørgsmålet om adgang ligeledes helt centralt: På nogle steder har de studerende rig mulighed for at prøve sig selv af i forhold til nye områder af sygepleje (fx ved selvstændig adgang til medicinrummet), i andre har de ikke (ikke adgang).

Klinik må forstås som andet end overføring af teori til klinik eller overføring af metoder til klinik. Man må komme ind i et afsnit – og forstå denne særlige praksis, der udspiller sig her, og forstå den som uforudsigelig og situeret. Her må man både tænke i, at de kliniske uddannelsessteder byder på meget forskellige vilkår for læring, og at det, der kan læres, også er meget forskelligt.

Det kliniske læringsrum er altså meget mere komplekst at ”få hold på”, både analytisk og rent uddannelsesmæssigt, end det teoretiske læringsrum. Og det kan ikke forstås i spejlingen teori/praksis. Tværtimod må man, hvis man vil forstå klinisk læring og læringsprocesser i klinikken, være optaget af kontekster.

I det næste afsnit går vi et skridt videre ved at se på, hvordan forskellige læringskontekster har betydning i skabelsen af professionsidentitet. Spørgsmålet om professionsidentitet har hele tiden været centralt i PÅ TVÆRS-projektet, og det er blev aktualiseret af, at vi netop har kunnet se via vores empiriske studier, at klinik er så forskellig.

Det fik os konkret til at undersøge forskellige læringskontekster. Vi valgte, for at reducere kompleksiteten, at tage afsæt i de samme læringsmål, at se på, hvad konteksten betyder for hvad der læres, men især se på, hvordan dette har betydning for hvem man får mulighed for at blive som studerende.

11 Personlig hygiejne i forskellige kontekster¹

Vi har været nysgerrige på, hvad konteksten betyder for læring og læringsprocesser – og især sammenhængen mellem, hvad der sker i relationen mellem SIM-laboratoriet og det ”autentiske” kliniske læringsrum, både fordi projektet eksperimenterer med simulation, og fordi der er store forhåbninger til metoden, både nationalt og internationalt.

Forskningsinteressen udsprang af tidligere forskning, der viser, hvordan der sker forarbejdninger af det faglige stof, når det bringes fra én kontekst til en anden (Evans et al. 2010; Guile 2014). Vi kunne konstatere, at selv om der selvfølgelig var overlap mellem, hvad der blev undervist i i de forskellige læringsrum, så var der også store forskelle. For at få greb om forskellene, tog vi fat i de studerendes fortællinger om, hvordan de har arbejdet med personlig hygiejne.

Personlig hygiejne udgør et centralt område i sygepleje og derfor også på sygeplejerskeuddannelsen. I løbet af første studieår modtog projektklassen blandt andet teoriundervisning i sengebad, hjælp til brusebad og basal kateterpleje. Personlig pleje var også et centralt læringsmål for den kliniske periode på 4. modul (2. semester). Her var de studerende fordelt på 20 forskellige afdelinger på tværs af kirurgi og medicin på Rigshospitalet. I løbet af den kliniske periode havde de desuden om personlig hygiejne i simulationslaboratoriet (tre timer med kliniske vejledere), udover at de også læste den relevante teori.

I fokusgruppeinterviewene fortalte de studerende om deres oplevelse af de forskellige læringsaktiviteter og om deres erfaringer med at varetage

1. Afsnittet bygger på Lehn-Christiansen og Holen 2017 og 2019a

personlig hygiejne i deres klinikforløb. Vi valgte at gøre disse fortællinger til omdrejningspunktet for en diskursanalyse (Willig 2011) af personlig hygiejne i uddannelse. Analysen viser, hvordan læringsmålet ”varetagelse af personlig hygiejne” skifter karakter i forskellige kontekster, og hvordan dette former de studerendes læreprocesser og professionsdannelse.

Analysen bygger først og fremmest på seks fokusgruppeinterviews, som vi foretog få uger efter afslutningen af den kliniske periode. Fokusgruppeinterviewene var informeret af, at vi i løbet af den kliniske periode lavede observationsstudier på fire forskellige kliniske uddannelsessteder. I tillæg havde vi studeret, hvordan standardlærebøger introducerer sygeplejestuderende til personlig hygiejne, for på den måde at få et indblik i den teoretiske rammesætning af emnet.

Tre diskurser om personlig hygiejne

Vi har identificeret tre forskellige diskurser i de studerendes tale om personlig hygiejne: 1) en etisk diskurs 2) en teknologisk diskurs 3) en lavstatus diskurs.

Diskurs	Diskursiv konstruktion af personlig hygiejne	De studerendes subjektpositioner
Etisk diskurs	Den professionelle evne til at pleje patienter med empati og respekt for deres personlige integritet og kropslig blufærdighed	Den kompetente studerende Den overskridende studerende Den bange studerende
Teknisk diskurs	Professionelle handlinger baseret på færdigheder og teori	Den studerende oplever ”at have styr på det” Den studerende oplever tab af kontrol – opgaven kan ikke læres én gang for alle
Lavstatus diskurs	Lavstatus, rutineopgave i klinisk praksis	Den mindre kompetente studerende Den studerende, der keder sig Den studerende, der føler sig misbragt som billig arbejdskraft

Diskurser, diskursive konstruktioner af personlig hygiejne og subjektpositioner i relation til klinisk uddannelse i sygeplejerskeuddannelsen

Den etiske diskurs

I de analyserede lærebøgerne finder vi en stærk etisk opfordring i relation til personlig hygiejne; personlig hygiejne er en vigtig sygeplejefaglig opgave, der skal varetages både på baggrund af relevant teori og med respekt for patientens situation og oplevelse af at være plejekrævende. Fundamentet for diskursen hviler på forestillingen om patienten som sårbar og behovet for etisk baseret sygepleje.

Berøring, også af patientens intime kropsområder, er nærmest uundgåelig, når patienten skal have hjælp til at varetage den personlige hygiejne. Forskning viser, at kropspleje og hjælp til at varetage den personlige hygiejne, specielt når det drejer sig om intime dele af kroppen, er noget af det, som kan føles mest intimiderende for patienter, og der er i disse situationer reel risiko for, at patienten kan komme til at føle sig krænket. (Jastrup og Bak Skouenborg 2014)

Suhr og Winther (2011) henviser til Lawlers arbejde på området, idet de beskriver, hvordan den professionelles varetagelse af personlig hygiejne kan virke grænseoverskridende, ikke kun for patienterne, men også for sygeplejersken, og begrundes således, at det er vigtigt med uddannelses-tiltag, der understøtter kompetencen til at få arbejdet til at glide lettere. Charlotte, som går i PÅ TVÆRS-klassen, spejler denne forståelse af personlig hygiejne som en sensitiv praksis, som hun har haft glæde af at træne i simulationslaboratoriet:

Det [færdighedstræning i personlig hygiejne] var rigtigt givende, fordi altså, der var jeg også sammen med en [anden studerende], jeg snakkede rigtigt godt med, så vi var rigtigt trygge ved hinanden ... Jeg synes, det var rigtigt spændende at ligge i den der seng og blive vasket af en anden, eller sådan, og, øh, se patientens perspektiv. Jeg har aldrig været patient før (...) altså på den måde (...) Men jeg kan godt se, at det er rigtigt grænseoverskridende, hvis det er en, man ikke kender.

Citatet illustrerer, at den etiske diskurs om personlig hygiejne eksisterer blandt de studerende, her formuleret af Charlotte. Inden for diskursen bliver personlig hygiejne konstrueret som sygeplejerskens evne til at foretage personlig hygiejne med empati og respekt for personlig og kropslig integritet – og derigennem undgå at overskride grænser. SIM-konteksten inviterer de studerende til at positionere sig som patienter, for at give dem indsigt i erfaringen med at være sårbar og afhængig af andre.

Charlotte accepterer denne invitation uden forbehold: ”Jeg er rigtig glad for det [SIM-undervisning i personlig hygiejne]. Man lærer rigtig meget. Men det kommer nok også an på, hvilken personlighed man har, jeg er sådan meget åben over for det hele og gør det bare. Jeg er praktisk anlagt og skal helst have det i hænderne for at forstå det”.

Charlottes udtalelse viser den diskursteoretiske pointe om, at diskurser og subjektivitet er koblet tæt sammen (Willig 2011, s. 107) samt pointen om, at læring har en kropslig dimension; for nogle studerendes vedkommende understøtter SIM-træningen det kropslige aspekt. Den etiske diskurs og SIM-træningen muliggør, at studerende som Charlotte ser sig selv som en ”åben” og lærevillig studerende. Med andre ord tillader diskursen Charlotte at indtage en subjektposition som en ”kompetent studerende”, når hun fremhæver, at SIM-træningen muliggjorde, at hun tilegnede sig patientperspektivet på personlig hygiejne.

Andre studerende positionerer sig selv anderledes. Ditte, som også spillede patient i øvelsen, siger:

Jeg synes ikke, det gav nogen mening, at man skulle mellem, med sådan nogle attrapper mellem benene og blive vasket af en anden. Fordi (...) det er bare grænseoverskridende. Det havde jeg virkelig ikke lyst til (...) og det ville alligevel ikke være den samme oplevelse, jeg havde ved at ligge der med mine medstuderende, som hvis jeg lå og var syg på et hospital. Så det ville alligevel ikke lære mig om den situation, det ville være hverken patient eller sygeplejerske, øh, fordi det var jo ikke det, vi var (...) Så jeg synes, det, det giver ikke nogen mening.

Ditte trækker også på den etiske diskurs, men modsat Charlotte oplever hun ikke, at øvelsen har givet indsigt i, hvad det vil sige at være patient. Tværtimod oplever hun, at hendes grænser er blevet overskredet på en negativ måde, og hun afviser, at erfaringen kan bruges læringsmæssigt.

Den tekniske diskurs

I den tekniske diskurs bliver personlig hygiejne et spørgsmål om at kunne følge procedurer og have viden om personlig hygiejne. På samme måde som den etiske diskurs er denne diskurs rigt til stede i lærebøger om personlig hygiejne med fx illustrationer af, hvordan man skal vaske forskellige dele af kroppen og procedurebeskrivelser. (e.g. Suhr og Winther 2011, s. 125).

Vi kan se, hvordan mange studerende er mere optaget af at lære teknikkerne i personlig hygiejne, end de er af interaktionen. Som fx Erik, hvis frygt for at udføre personlig hygiejne har været ved at ødelægge hele hans første kliniske periode, fordi han frygtede det øjeblik, hvor han blev spurgt om at foretage et sengebåd:

Personlig hygiejne, det har nok været min største kamp (...) det var det, der var sværest for mig ... hele det her med berøring og nøgenhed og sådan nogle ting, det har været meget nyt for mig. Jeg gik virkelig og frygtede det. Men så sagde jeg, at jeg gerne ville have lov at se det blive udført, og så kunne jeg udføre det gangen efter, hvor de observerede mig.

I den etiske diskurs bliver personlig hygiejne til den sygeplejefaglige evne til psykisk at håndtere patientens og/eller eget ubehag for at sikre patientens integritet. Erik siger:

Jeg tænkte så meget på patienterne – hvordan ville de opleve det? Men jeg vidste også, at arbejdet bare skulle gøres (...) og hvis jeg ikke gjorde det, så var der ingen, der gjorde det (...). Nu tænker jeg, at det bare er et job, der skal gøres.

Erik får støtte til at overkomme frygten og får foretaget sit første sengebåd, som viser sig ikke at være så slemt, som han havde frygtet. Dermed får han også adgang til positionen som en kompetent studerende – én, der kan gøre, som det forventes af ham og som er villig til at overskride egne grænser i ønsket om at opnå sygeplejefaglige kompetencer.

Både det at kende procedurerne og øvelse i at udføre dem står centralt i den tekniske diskurs. Man kan sige, at Eriks formulering om, at “arbejdet skal gøres”, indskriver sig i en teknisk diskurs som en måde at håndtere intimitet ved at transformere intimitetskonnotationer til “job”-konnotationer.

En anden studerende, Cecilia, trækker også på den tekniske diskurs. Cecilia beskriver sine erfaringer fra simulationslaboratoriet: ”Jeg havde vasket rigtigt mange patienter, og så var det rigtigt rart lige at få alle teknikker på plads for sidste gang”.

Eva, en tredje studerende, siger:

Det er noget du lærer (...) Det var en fantastisk følelse første gang, jeg gjorde det helt på egen hånd. Jeg følte mig sikker. Jeg tænkte, 'det kan jeg godt finde ud af. Det er det her, jeg skulle'. Jeg fik en ny forståelse af mig selv.

Erfaringen mod at få indarbejdet procedurerne giver de studerende adgang til en subjektposition som kompetente studerende. Den tekniske diskurs har således potentiale til at ændre måden, de studerende ser på sig selv; det giver det dejlige ”kick” at føle sig professionel at fornemme at man er på vej mod at blive sygeplejerske.

Omvendt stiller nogle studerende sig tvivlende over for ideen om, at personlig hygiejne kan håndteres gennem tilegnelse af den korrekte viden og udføre tekniske procedurer. For eksempel siger Peter:

Når du SIK-er en kvinde, som har et BMI på 43, så er det en helt anden situation end en simulationsdukke, som har et BMI på 23. Så er der simpelthen hud og krop, som er helt anderledes. Det kan du ikke træne. Du bliver nødt til at være, der, der er ligesom, der er fysik i det, at patienten skal op og ligge på en måde og i øvrigt kan være rigtig svært at finde rundt, altså, altså. Teoretisk set synes jeg, simulation virker sådan fornuftigt, men, men det har ikke været så godt. I realiteten.

Bedside-erfaringer af denne karakter udgør en trussel mod oplevelsen af at være ”kompetent” og ”have styr på”, som andre studerende opnår af arbejdet med at træne kliniske færdigheder. Studerende oplever, at virkelighedens patienter er meget mere forskellige, end de har lært i simulationsrummet. Denne erfaring lærer dem, at kompetencer ganske enkelt ikke kan læres én gang for alle. Man kan dermed sige, at træning af personlig hygiejne som simuleret læringsaktivitet afstedkommer en velkommen, men ofte også lidt kunstig følelse af at være kompetent – og opleves overskygget af diversiteten i klinisk praksis, og denne er svær at træne uden patienter.

Lavstatus-diskursen

Ideen om personlig hygiejne som ”et job, der skal gøres” kendetegner, hvordan mange studerende ser på deres erfaringer med at udføre personlig hygiejne i det kliniske rum. Overraskende mange studerende fortæller om personlig hygiejne som noget kedeligt. Tina siger:

Jeg blev så træt af at høre dem (sygeplejerskerne i afdelingen) sige: ’Du kan begynde med morgenvasken’. Så kunne de lave noget andet, for morgenvask er ikke særlig spændende.

Maria fortæller om tilsvarende oplevelser:

Selvfølgelig er det tilfredsstillende at gøre noget, som får patienten til at føle sig veltilpas. Når du fornemmer, at de nyder det. Men ... det var første gang, jeg havde det sådan, ’det her er kedeligt’. Indtil da havde jeg set frem til hver dag på uddannelsen. Det var faktisk ret skræmmende. Jeg blev nødt til at indse, at dette var en del af sygepleje, som jeg synes var kedelig.

Maria starter med at sige, at hun ”selvfølgelig” oplever det som tilfredsstillende at hjælpe patienterne med personlig hygiejne. Men det interessante er, at personlig hygiejne gennem det kliniske forløb er blevet til noget hovedsagelig kedeligt. Måske fordi nogle af de studerende udtrykker, at de virkelig har udført meget personlig hygiejne. Ebba siger:

For første gang i min uddannelse havde jeg det sådan; jeg vil gerne være sygeplejerske, men denne del af sygeplejen ... jeg blev så træt af at bade patienter. Jeg synes virkelig, det var kedeligt.

I lærebøgerne fremkommer diskursen om personlig hygiejne som lavstatus-arbejde alene indirekte frem, i og med at forfatterne tilkendegiver, at det er velkendt, at personlig hygiejne, i perioder med mangel på sygeplejersker, vurderes at være en af de opgaver der lettest kan videredelegeres til kolleger med kortere uddannelse (Suhr og Winther 2011, s. 116). Det er ikke overraskende, at lærebøgerne ikke direkte skriver om personlig hygiejne som et spørgsmål om rutineopgaver eller lavstatus-opgaver, idet det ville være i modstrid med idéen om, at "kropspleje ikke kun er en instrumentel handling, men betragtes også som en mulighed for at etablere en relation til patienten. Selve situationen og konteksten, denne foregår i, opleves som følelsesladet og tæt". (Hundborg, Lynggaard og Dansk Sygeplejeråd 2013, s. 370).

Lavstatus-diskursen står i modsætning til den etiske diskurs. Ikke desto mindre er negative holdninger til personlig hygiejne langt fra sjældne blandt de studerende. Flere omtaler personlig hygiejne som "slavearbejde", hvilket hænger sammen med, at de udtrykker, at de føler, de bliver misbrugt som billig arbejdskraft, og at omfanget af personlig hygiejne overskrider, hvad de finder rimeligt. Hannah siger:

Jeg synes, det blev kedeligt, når jeg bare blev brugt som arbejdskraft (...) jo længere vi kommer i uddannelsen, jo mere får vi lov til at gøre, og oh, jo mindre sengebade bliver der plads til. Så kan det være, at man kun skal tage ét sengebade, og så er der plads til al muligt andet. Men hvis man skal tage fire af dem, så synes jeg så også at 'så har jeg vist oplevet det'. Det er selvfølgelig også, når man gør tingene mange gange, at man bliver god til det.

Hannah har forsonet sig med det faktum, at hun som førsteårsstuderende skal have en stor del personlig hygiejne i sin første kliniske periode. Hun fremhæver også, at gentagelse har læringsmæssige potentialer.

Andre studerende, som fx Tine, går så langt som at sidestille personlig hygiejne med at rydde op i afdelingen og tømme skraldespandene. ”Det er jo ikke derfor jeg er her”, siger hun, og sætter dermed ord på en central konklusion på vores analyse; sygeplejestuderende lærer at se på personlig hygiejne som en triviell opgave, som de med rette vil kunne delegere til nye studerende eller kortere uddannet personale, når de selv bliver færdige som sygeplejersker.

Personlig hygiejne som definerende for sygepleje

I analysen har vi identificeret tre diskurser i relation til personlig hygiejne i sygeplejerskeuddannelsen. Analysen viser en hierarkisk diskursorden; lavstatus-diskursen er den mest dominante efterfulgt af den tekniske diskurs. Den diskurs, som er den mindst dominerende i de studerendes fortælling, er den etiske diskurs. Vi vil stadig argumentere for, at personlig hygiejne er central i skabelsen af den sygeplejefaglige professionsidentitet, men modsat Williams og Burke (2015), der fremhæver, at det er de studerendes oplevelse af at yde god pleje, der er central for deres oplevelse af dem selv som kommende sygeplejerske, så påpeger vores analyse, at personlig hygiejne er en mere kompleks kompetence end som så, og at det snarere er kompetencen til videredelegering af opgaven, der står for de studerende, som den væsentlige sygeplejefaglige kompetence.

I det første studieår lærer de studerende personlig hygiejne gennem lærebøger, ved at træne det i simulationslaboratoriet og gennem arbejdet med patienter i klinikken. De erfarer, at uddannelsen i personlig hygiejne kræver forskellige ting af dem, afhængigt af kontekst. Som Guile (2014) også konstaterer, så forandres ”det, der skal læres”, afhængigt af hvilken kontekst det læres i. Når de studerende arbejder med personlig hygiejne i læringslaboratoriet, opfordres de til at positionere sig inden for både den etiske og den tekniske diskurs. De oplever på egen krop, hvordan det er at blive vasket og plejet af andre. For nogle studerende resulterer dette i vigtig læring om nødvendigheden af etiske refleksioner og en mulighed for at opnå tekniske færdigheder. Andre føler sig intimideret ved erfarin-

gen, og for nogle bliver det denne læring, de tager med sig, idet langt fra alle kobler deres personlige oplevelse af at blive vasket til oplevelsen af at være patient. Denne pointe står i modstrækning til forestillingen om, at simulationsrummet udgør et trygt læringsrum, sådan som det fx fremføres af (Hope, Garside og Prescott 2011) og (Roy 2014).

Forestillingen om at læring, og især læring i relation til omsorgsarbejde, godt kan indebære, at man overskrider egne (eller andres) grænser er i sig selv interessant. For på den ene side er der oplagt, at der er grænser, der skal flyttes, fx hos studerende, som var bange for at udføre personlig hygiejne – og som gennem vejledning overvandt disse barrierer. På den anden side udgør det at overskride grænser også en balancegang, hvor nogle studerende kan opleve, at det forhindrer dem i at opnå det intendede læringsudbytte.

Simulationsrummet ser også ud til at styrke de studerendes forestilling om personlig hygiejne som hovedsagelig en procedural praksis, og at personlig hygiejne er noget, man kan ”have styr på”, og som derfor kan læres ”én gang for alle”. Som konsekvens heraf kan de studerende blive modløse og opleve at være inkompetente som fagprofessionelle, når de støder på en praksis, som er mere kompleks og krævende, end hvad der er stillet i udsigt i simulationsrummet.

Taget i betragtning at simulationstræning vil blive mere udbredt i sygeplejerskeuddannelsen, peger vores analyser på behovet for en kritisk diskussion af, hvordan man bedre kan integrere og rammesætte kompleksiteten i personlig hygiejne i denne læringskontekst uden at overfokusere på 1) de tekniske aspekter af personlig hygiejne på bekostning af etiske aspekter 2) ideen om at simulationstræning kan give indsigt i patientens behov 3) at simulationstræning er et trygt læringsrum for de studerende.

Analysen støtter den forskning, som peger på, at nogle mandlige studerende har udfordringer med berøring og intimitet, som er fundet af Buthelezi,

Fakude, Martin og Daniels (2015), O'Lynn og Krautscheid (2014), Prideaux (2010) og Seed (1995). Omvendt indikerer vores analyse, at der i den eksisterende forskning har været lagt for meget vægt på forklaringer omkring barrierer, som er knyttet til køn og seksualitet. Vores analyser peger på, at de studerendes erfaringer med personlig hygiejne som lavstatus arbejde og deres erfaringer med "virkelige" patienter, som kræver kundskab og færdigheder, der ligger ud over dem, der kan beskrives i procedurer, udgør en større udfordring for den uddannelsesmæssige ambition om at uddanne kommende sygeplejersker, der forstår og praktiserer personlig hygiejne baseret på høje etiske standarder.

Vores analyse kan ses på som liggende tættere på argumenterne fremført af Ruchti, hvor personlig hygiejne ses som en "a social event ... shaped by specific ideologies, practices, values and beliefs". (Ruchti 2012, s. 162). Vores studie tilfører den pointe, at de studerendes udfordringer med at tilegne sig personlig hygiejne må betragtes som en grundlæggende ambivalens i deres forståelsen af sygeplejens kernekompetencer.

Delegation af personlig hygiejne som en professionaliseringsstrategi

De studerende oplever at få delegeret personlig hygiejne af uddannede sygeplejersker ("så de kan gøre noget andet"). Denne praksis former deres idéer om, hvad det indebærer at blive sygeplejersker. De studerende lærer at se frem til det tidspunkt, hvor de kan handle som færdiguddannede og overlevere opgaven til nogle længere nede i hierarkiet. Den institutionelle praksis om personlig hygiejne i hospitalet står i modsætning til lærebøgernes fremhævelse af personlig hygiejne som noget vigtigt og værdifuldt, og de studerende lærer det, som professionssociologerne har dokumenteret for længe siden, nemlig at de vigtige og værdifulde opgaver for en profession er objekt for konkurrence og overladt til de mest kompetente i fagfællesskabet (Abbott 1988), og derfor sjældent overladt til nyankomne.

Diskrepansen mellem klinisk udførelse af personlig hygiejne og lærebøgers teorier om personlig hygiejne er med til at forme professionsidentiteten hos fremtidens sygeplejersker. Erfaringen om at personlig hygiejne hovedsageligt er overleveret til studerende, og at de studerende oplever, at de ofte står alene med personlig hygiejne. Med mindre man virkelig slås med det, som Erik, eller plejen foregår i højspecialiserede afsnit, så lærer de studerende, at jo mere kompetente de er, desto mindre personlig hygiejne skal de udføre. Dermed er der ingen snorlige forbindelse mellem personlig hygiejne og følelsen af at blive sygeplejerske; personlig hygiejne må derimod forstås som en ambivalent socialisering.

I forlængelse heraf er idéen om, at de studerende forsøger at undgå at udføre personlig hygiejne, fordi de har ”fine fornemmelser” (Young 2014), kun delvis rigtig. De studerende er ganske rigtigt ikke pjattede med personlig hygiejne, men det handler ikke om fine fornemmelser. Det handler snarere om, at klinisk praksis har lært dem en professionaliseringsstrategi fra første dag; jo længere væk fra sengen, jo højere prestige.

Vore fund af en etisk og en lavstatus-diskurs er ny, men den flugter godt med den veletablerede diskussion om teori kontra praksis e.g. McGill, Anderson og Francis (2014). Den diskursanalytiske tilgang rammesætter dikotomien på en ny måde – nemlig som en ideologisk konflikt, der handler om: Hvad er i virkeligheden værdierne i sygepleje? Er den vigtigste værdi omsorg, baseret på evnen til empati og patientrelationer? Eller er det pleje, baseret på tekniske procedurer? Eller ledelse af pleje? Det nemmeste svar ville være at sige, at alle disse aspekter er centrale i sygeplejefaget, og at studerende skal lære dem alle at kende. Vores analyse indikerer dog, at der er et behov for en mere grundliggende diskussion som anerkender, at nye sygeplejersker bliver trænet i at betragte grundliggende sygepleje som et lavstatus-arbejde, der bør delegeres ”nedad”, samtidig med at de lærer, at lige præcis personlig hygiejne er særlig vigtigt i faget. De studerende skal jonglere mellem disse sameksisterende forståelser af, hvad faget er. Vores konklusion peger på, at moderne sygeplejerskeuddannelser producerer professionsidentiteter baseret på dobbeltstandarder.

12 Plejelogikker i klinisk uddannelse¹

Med inspiration fra den hollandske forsker Annemarie Mol går vi i dette afsnit tættere på de varierende krav til læring, som studerende kan opleve på ét og samme kliniske undervisningssted. Selv om de studerende formelt set skal lære noget bestemt, som ofte er beskrevet forholdsvis detaljeret i uddannelsesplaner, så viser det sig i praksis alligevel langt mere kompliceret. Dette var noget, der overraskede os, fordi vi i starten af projektet var mest optaget af forskelle mellem forskellige læringsrum.

Vi peger på, at der selv inden for samme kliniske kontekst eksisterer forskellige opfattelser og praksisser ift., hvad ”god pleje” er – og at disse udfordrer de studerendes læring og gør den vanskelig.

Mol, der er antropolog, har ikke selv undersøgt, hvad der sker, når man skal lære at blive en professionel omsorgsudøver. Hun er optaget af pleje som en praksis, der handler om ”håndtering af livet med sygdom” (Mol 2008, s. 2) i et samspil mellem mennesker, der er syge og sundhedsprofessionelle. ”Håndtering af livet med sygdom” er netop noget af det, der står centralt i sygeplejefaget. Ved at bruge Mols brede forståelse af plejepsiksis kan vi fokusere analysen på de situationer, hvor sygeplejersker forsøger at forbedre eller stabilisere folks situation gennem pleje (Ceci et al. 2017, s. 57).

Vi har identificeret tre forskellige plejelogikker i klinisk uddannelse: 1) en relationel plejelogik, 2) en plejeuddannelseslogik og 3) en plejeproduktionslogik. Som analysen vil vise, så påvirker disse forskellige logikker, hvad der skal og kan læres på de kliniske uddannelsessteder. Dermed

1. Dette afsnit bygger på forskningsartiklen ”Logics of Care in Clinical Education” (Lehn-Christiansen og Holen 2019)

argumenterer vi også for, at de har stor indflydelse på klinisk uddannelse af sygeplejersker. Ved hjælp af empiriske eksempler vil vi i det følgende illustrere, hvordan disse logikker folder sig ud, fletter sig sammen og får betydning for den kompetenceudvikling, som de studerende gennemgår.

Materialet, vi her analyserer, er hentet fra det feltarbejde, vi har gennemført i PÅ TVÆRS-projektet.

Logikken i relationel sygepleje

Stina er i klinik i en primærkommune, hvor hun er tilknyttet hjemmeplejen. Som en del af følgeforskningen i PÅ TVÆRS følges hun rundt af følgeforsker Sine. I dag har hun fire besøg hos ældre borgere. Hendes første besøg er hos en ældre mand, der har behov for at få skiftet sit urinkateter. Vi møder sygeplejersken Eva ved havelågen. Stina er ikke bekendt med proceduren, så planen er at observere Eva for at se, hvordan et kateterskift gøres (...) Efter at have sagt farvel til Eva, besøger vi en anden mand, der er blevet opereret for få dage siden. Stinas opgave er at tilse hans sår. Konen åbner døren; hun er meget oprørt over, at hendes mand allerede er blevet udskrevet. Og hun havde regnet med, at det var en sårsygeplejerske og ikke en studerende, der kom, så hun er derfor meget utilfreds med hele situationen. Hun skælder ud på sin mand, vred over at han ikke er i stand til at tage sig af noget derhjemme. Konen skælder også ud på Stina, hendes ord bliver til tårer, og hun undskylder. Stina trøster hende. Derefter tilser Stina operationssåret. Hun er ikke sikker på, om det heler tilfredsstillende og tager et par fotos med sin mobiltelefon, som hun vil vise til sårsygeplejersken, når hun kommer tilbage på kontoret (...) Tilbage på sygeplejerskens kontor viser Stina sårsygeplejerske Karen fotoet og fortæller om mødet med den oprevne kone – det var svært at håndtere, synes Stina. Karen siger, at konen var lige så oprørt forleden, da hun var der. Ved den lejlighed havde Karen bedt hustruen om at gå ind ved siden af, så hun kunne koncentrere sig om såret. Hun siger også, at hun ikke ser det som hendes job at redde hele verden, heller ikke folks dårlige ægteskaber. Det må nogle andre tage sig af. Stina begynder at dokumentere besøget på den bærbare computer. Hun konsulterer Karen om, hvordan hun skal beskrive såret. Hun tilføjer også en note, der siger, at konen er i en krise. (Bearbejdet uddrag af feltnoter, 6. semester)

Eksemplet giver et lille indblik i hverdagen i klinisk uddannelse. Det er 6. semester, og den studerende forventes at arbejde ret selvstændigt. Når vi analyserer den plejepraksis, som Stina er en del af, kan vi se, at den er båret af en logik, der er forankret i relationen mellem sygepleje og patient,

der svarer til, hvad Mol beskriver som "logic of care" (Mol 2008). Stinas opgave er primært at støtte borgerne i håndteringen af livet med sygdom og svækkelse. Stina forsøger således at påtage sig ansvaret for at yde den pleje, som bl.a. den ny-opererede mand og hans kone har brug for i den aktuelle situation. Det betyder, at selv om opgavelisten definerer Stinas opgave som "observation af venstre fodsår", så relaterer Stina sig til den samlede situationen, inklusive den vrede kone, som hun bruger tid på at trøste.

Relationslogikken giver betydning til et af de mest basale argumenter for, hvad sygeplejestuderende skal lære gennem deltagelse i klinisk praksis: De skal møde og pleje virkelige patienter i samlede situationer. I henhold til logikken om relationel omsorg handler god pleje meget om de studerendes evne til at lære at håndtere komplekse plejesituationer og -behov. Et andet eksempel på dette er sygeplejestuderende Vibe, der fortæller om sin oplevelse af at pleje en patient på hospitalet:

I starten ville hun ikke ud af sengen, hun ville ikke spise, og hun ville ikke på toilettet. Men jeg formåede at få hende til at sidde sammen med mig i spisestuen. Vi sad bare der og talte. Det var rart, og jeg kunne mærke, at hun nød at have selskab. Hun spiste faktisk, og jeg fik mere at vide om hendes normale rutiner. Hun fortalte mig, at hun normalt har afføring om aftenen. Så vi blev enige om, at jeg ville hjælpe hende på badeværelset inden sengetid for at prøve at få hendes krop tilbage til det normale. Det gav en masse værdighed, synes jeg.

Eksemplet viser, hvordan Vibe forbinder god pleje med værdighed og med etablering af en relation til patienten. Hendes plejepraksis giver god mening inden for den relationelle logik; hun tillægger de relationelle aspekter betydning og prioriterer aktiviteter, der betyder, at hun lærer patienten at kende, og at patienten nyder hendes selskab. Derigennem kan hun tilrettelægge plejen, så den opfylder patientens særegne behov og faktisk lykkes med at mobilisere en patient ud af sengen.

Et tredje eksempel på, hvordan logikken i relationel pleje kommer til udtryk i praksis, er hentet fra feltobservationer af studerende Agnete, hvis sidste klinik er på en intensiv psykiatrisk afdeling. Ligesom Vibe kan Agnetes plejepraksis også forstås som et udtryk for praktisering af en re-

lational omsorgslogik. Det ses fx i en situation, hvor hun observerer en patient, der begynder at græde i afdelingens opholdsrum. Agnete går til patientens kontaktsygeplejerske og beder hende håndtere situationen. Sygeplejersken afviser at gøre noget; ”hun græder hele tiden”, indvender sygeplejersken. Professionel indblanding gør ingen forskel, siger hun. Agnete insisterer på, at patienten har brug for, at sygeplejersken tager hånd om patienten; hun skal ikke overlades til sig selv. Sygeplejersken indvilliger og henvender sig til patienten. Situationen kan ses som et andet eksempel på, at de studerendes plejepraksis er baseret på relationel plejelogik; det er de professionelles ansvar at påtage sig relationen til patienterne i deres varetægt. Eksemplet illustrerer imidlertid også, at den relationelle plejelogik på ingen måde er den eneste logik, der er på spil i klinisk praksis. Kontaktsygeplejersken ser fx ud til at være optaget af spørgsmålet om, hvad der virker. Denne rationalitet betyder, at handlinger, der ikke vurderes virksomme, mister deres mening og berettigelse. Dette vender vi tilbage til.

Plejeuddannelseslogikken

Den anden logik, som vi har identificeret som fremherskende i klinisk plejeuddannelse, er plejeuddannelseslogikken. Denne logik kan ses som en vigtig del af grundlaget for den aktuelle udformning af sygeplejerskeuddannelsen; den indebærer ideen om, at klinisk uddannelse tilrettelægges med det formål at sikre, at den studerendes opnår de rette læringsudbytter. Plejeuddannelseslogikken gør det meningsfuldt at udmønte overordnede uddannelsesmæssige mål til et stort antal enkeltkomponenter og læringsudbytter på forskellige niveauer.

Plejeuddannelseslogikken er også på spil i det indledende eksempel med Stina. Selvom Stina næsten er færdiguddannet, har hun stadig brug for vejledning og sparring, når hun står over for nye procedurer eller komplicerede opgaver, såsom et vanskeligt sår eller udskiftning af et urinkate-ter. Denne praksis med at rapportere til sine kollegaer, er ikke kun et træk ved den kliniske uddannelse; det er en dybtgående professionel praksis, at man som sundhedsfaglig søger rådgivning og sparring, når man er i tvivl

(Styhre 2011). Stina forventes således også at præsentere og diskutere sine handlinger med sin vejleder, og vejlederen vil udfordre hendes argumenter og afprøve hendes teoretiske viden; hendes notater om dagens patienter vil ofte blive undersøgt med et dobbelt mål om patientsikkerhed og læringsprogression for øje, og som studerende forventes man at deltage i daglige konferencer som de professionelle sygeplejersker. Plejeuddannelseslogikken er således ikke kun på spil i de studerendes hverdagspraksis; den er et kendetegn ved professional plejepraksis.

Under feltobservationerne fortæller Stina, at hun ikke synes, hun har den nødvendige viden om sårpleje, og at hun derfor føler sig fagligt meget usikker, når hun tilser borgere med sår, hvilket jævnligt forekommer. Vi spørger, hvorfor hun ikke har brugt nogle af de såkaldte ”studiedage”, der er reserveret til læsning af teori i løbet af den kliniske periode, til at læse op på sårpleje. Stina svarer, at hun har brugt tiden på læsning relateret til de tematiske skriftlige opgaver, som hun har skullet aflevere. Vi spørger også, hvorfor hun ikke har taget emnet op med sin vejleder. ”Men i vejledningen diskuterer vi mest ting, som vejlederen har sat på”, argumenterer hun. Plejeuddannelseslogikken har sit fokus på, at de studerende opnår en række prædefinerede læringsmål, oftest formuleret i termer af viden, færdigheder og kompetencer, der opdeler læringsudbyttet i separate komponenter. Ifølge plejeuddannelseslogikken er der en meget tæt forbindelse mellem de læringsmæssige aktiviteter rettet mod de studerende og det forventede læringsresultat. Men den nøje strukturerede plan kan altså også betyde, at der reelt ikke er rum til at opsøge den læring, som plejepraksissen kalder på.

Når Stina får demonstreret, hvordan man udskifter et urinkateter, forventes hun at opnå ”viden” om denne procedure og udvikle ”færdighed” i at udføre opgaven. Det er muligt, at hun skal se det mere end en gang, men en praksis, der hviler på et princip om ”først se, bagefter udføre” er meget udbredt. Det er også dette princip, der gør det meningsfuldt for den studerende Marie at forlade sin patient midt i en samtale for at gå til en anden patients stue for at se, hvordan et penicillindrop sættes op. At ”se ting” svarer i denne logik til at lære. Derfor, og helt i modsætning til

logikken i relationel pleje, betragtes plejepraksis ofte reelt som uafhængig af konteksten inden for plejeuddannelseslogikken.

"Hvad kan du?"

Studerende i klinik går ofte sammen med en sygeplejerske. Vi har erfaret, at de studerende sjældent går med den samme sygeplejerske mere end to eller tre på hinanden følgende dage. På mange hospitalsafdelinger skiftes daglig vejleder ofte på daglig basis. Som følge heraf bliver man som studerende hyppigt bedt om at redegøre for sin viden – og videnshuller – både generelt og mere specifikt i forbindelse med procedurer, diagnoser eller teori. Disse spørgsmål stilles i alle situationer på alle tidspunkter af dagen. En måde at forstå disse vedvarende forespørgsler er, at det er vanskeligt for de ordinære sygeplejersker at støtte den studerendes faglige udvikling uden at være bekendt med deres erfaring og viden. Plejeuddannelseslogikken skaber således et eksaminationsregime; studerende bliver bedt om at redegøre for deres færdigheder og viden både generelt ("hvad mangler du [at lære]?") og mere specifikt ("ved du, hvordan et glukosedrop fungerer?").

Det bemærkelsesværdige er, at eksaminationsregimet kun er løst koblet til den faktiske plejepraksis. I Stina tilfælde ser vi fx, at hendes udfordringer med sårpleje falder uden for de formelle undervisningsaktiviteter og dermed ikke bliver en del af regimet. I dette særlige tilfælde konsulterer Stina sårsygeplejersken, og på den måde forsøger Stina at sikre, at patienten ikke lider under den studerendes manglende sårkompetencer. Men som Stina siger: "Det er svært at vide, hvad du ikke ved". Et mere bekymrende eksempel på dette finder vi i feltobservationerne af den studerende Marie, der under sin klinik på en medicinsk afdeling *ikke* handler på en patients klager over ømhed omkring ryggraden efter at have været sengeliggende i flere dage, eller hos den studerende Milla, der ikke føler sig motiveret til at forstå kompleksiteten i tilstanden hos de hjertesygge patienter, som hun plejer, og derfor ikke rigtig ved, hvad hun skal kigge efter, når hun plejer sine patienter. Hun forklarer:

Nogle gange gennemgår min vejleder min studieplan og siger 'du har gjort dét, du har gjort dét, osv.'. Og jeg siger bare 'ja', selvom jeg måske ikke har gjort det helt selv. Jeg ved ikke hvorfor, det er nok fordi jeg gerne vil have, at de skal være tilfredse med mig.

Citatet peger på en uddannelsesplejepspraksis, hvor de opgaver, der stilles til de studerende, faktisk evalueres systematisk i vejledningen, men samtidig frakobles den faktiske plejepspraksis og de handlinger, der er udført (eller ikke udført) af de studerende. Plejeuddannelseslogikken konstituerer læring af pleje som kontroller – og målbart ved hjælp af eksaminer og studieplaner, der styrker et fokus på læring i den kliniske praksis. Men samtidig svækkes forbindelsen til de daglige udfordringer, som de studerende møder i klinisk praksis.

Aktiv og synlig pleje

I plejeuddannelseslogikken defineres pleje som en samling af aktiviteter, der er koblet til viden og erfaring med, at "håndtere livet med sygdom". Læring bliver ækvivalent med de studerendes engagement i disse aktiviteter, og det er derfor bekymrende, hvis en studerende ikke er "aktiv" i en synlig forstand. Et eksempel på dette er den studerende Marie, der er i klinik på en medicinsk afdeling. Hendes vejleder Gitte hører fra afdelingens sygeplejersker, at Marie ikke "er aktiv", og at hun sidder for meget inde hos patienterne. Marie konfronteres med dette på et formelt vejledningsmøde. At blive betragtet som en problematisk studerende bekymrer og forvirrer Marie meget ("det slog mig fuldstændigt ud"), og hun overvejer at droppe ud, men beslutter at fortsætte og prøve at "vise noget mere initiativ". Marie forklarer sin beslutning således:

Jeg ved stadig ikke, om det, jeg gør, er godt nok, men ... jeg føler virkelig, at jeg ... på en eller anden måde føler jeg, at jeg er kompetent. Det kommer naturligt til mig. Jeg mener med patienterne og så videre, ikke? Jeg elsker at være sammen med dem. Det er dem, der holder mig i gang, de er grunden til, at jeg ikke holder op. Jeg nyder virkelig at arbejde med patienterne.

Plejeproduktionslogikken

Ideen om aktive studerende, der giver pleje ved at udføre aktiviteter, der er synlige, giver god mening inden for plejeproduktionslogikken. I modsætning til den relationelle plejelogik, hvor pleje handler om at finde veje, der kan lette livet med sygdom i den helt unikke patientsituation, opererer plejeproduktionslogikken med en idé om pleje som noget mere fast. Plejeproduktionslogikken gør plejepraksis til en professionaliseret ydelse, der er indlejret i såvel professionelle såvel som markeds-mæssige og organisatoriske mekanismer; patienters plejebehov opfyldes derfor i henhold til standarder og oftest med det formål at opnå ”værdi for pengene”. Inden for plejeproduktionslogikken giver det derfor god mening at allokere en sårsygeplejerske til denne særlige form for plejearbejde for derigennem at sikre, at den aktuelle opgave løses ved brug af de rigtige kompetencer. Set ud fra plejeuddannelseslogikken giver det også god mening at tildele specialiserede kompetencer til en kompleks sag; ikke alle kan have disse specialiserede kompetencer. Dette er også grunden til, at det er fuldstændigt legitimt i disse logikker, når sårsygeplejersken fra hjemmeplejen siger, at det ikke er hendes job at håndtere patienternes dårlige ægteskaber. Plejeproduktionslogikken opdeler plejepraksissen i generel og specialiseret pleje: En specialist til såret, en anden til psykologiske krise. Plejeproduktionslogikken er på spil i alle sektorer i sundhedsvæsenet som forskellige bestræbelser på at yde pleje på kvalificerede, omkostningseffektive og standardiserede måder.

Et eksempel er, når studerende Erik forklarer, hvorfor ”hans” patient er blevet overdraget til et andet plejeteam i afdelingen; en jævn fordeling af ”plejebelastningen” baseret på patienters plejescore skal sikres, både for patienterne og for personalets skyld. Så må læringen og Eriks ønske om at følge patienten og yde pleje med udgangspunkt i relationslogikken komme i anden række.

Billig, lavtuddannet arbejdskraft

Plejeproduktionslogikken understøttes af den hierarkiske fordeling af faglige ansvarsområder, pligter og kommandolinjer i sundhedsvæsenet. Logikken konstituerer nye sygeplejestuderende som billig, lavtuddannet arbejdskraft i stedet for studerende. For at håndtere ikke kun kvaliteten, men også kvantiteten af plejeopgaver, forsøger man at bruge de disponible ressourcer bedst muligt for at få løst de opgaver, der er, med de tilgængelige ressourcer. Ganske som plejeuddannelseslogikken opererer produktionslogikken med en opdeling i ”basal” og ”specialiseret” pleje, hvilket eksempel med ”personlig hygiejne” fra forrige analyseafsnit illustrerede.

Denne praksis med at delegere fx personlig hygiejne og måling af værdier til de studerende finder sted, fordi læring ganske enkelt falder uden for produktionslogikkens fokus. Som allerede påpeget er det paradoksalt nok nogle af de opgaver, der kategoriseres som ”basale” i plejeproduktionslogikken, der er de værdier, der sættes allerhøjest i den relationelle plejelogik. Med andre ord gøres væsentlige aspekter af sygeplejefagligheden usynlig, når produktionslogikken kategoriserer nogle plejeopgaver som ”basale”. Det er ligeledes plejeproduktionslogikken, der får de studerende, som prioriterer at bruge tid sammen med patienterne, til at fremstå som mindre produktive (og måske endda ”problematiske”, som i tilfældet med Marie).

Noget for noget

Man kunne tro, at praksis, der er forankret i plejeproduktionslogikken, burde bekymre de kliniske vejledere, men som allerede nævnt, går produktionslogikken af og til hånd i hånd med plejeuddannelseslogikken:

Jeg plejer at sige til dem [de studerende], at jo mere de hjælper, i anførselstegn, jo mere tid har den daglige vejleder til vejledning og til at forklare dem ting. Eller tid til at prøve at gøre tingene selvstændigt, mens vejlederen observerer. Normalt tager det jo også lidt længere tid for de studerende at gøre ting selv. Derfor skal de prøve at blive en del af afdelingen. Og jeg tror, at de fleste af dem lærer at tilpasse sig ret hurtigt, de falder til og føler, at de hører til. Men selvfølgelig er de ansvarlige for deres egen læring, så de er nødt til at råbe op. (Klinisk vejleder)

Citatet viser, hvordan plejeproduktionslogikken nogle gange også indebærer en byttemekanisme, hvor studerendes arbejdsindsats veksles til vejleders uddannelsesindsats. Klinisk plejepraksis og klinisk uddannelse opdeles herved i to gensidigt udelukkende komponenter: De udgør et nul-sum-spil. Mangel på ressourcer, ændringer i tidsplanen, nye eller komplekse patienter med behov for ekstra pleje, mindsker derfor mulighederne i potentialet for læring, hvis man henholder sig til denne logik. I henhold til plejeproduktionslogikken er en god studerende en studerende, der ”tager ansvar ved at tage sin del af det ’kedelige’ arbejde og får afdelingen til at fungere”, som vejlederen siger.

Vores empiri understøtter, at det er sådan, det ofte fungerer. Nogle studerende, som Hannah, tilegner sig hurtigt produktionsplejelogikken:

Ja altså, man skal jo selv opsøge det. Man får ikke noget, hvis man står ovre i hjørnet med hænderne i lommen, man er nødt til at vise ... eller nødt til, det gør man jo også naturligt. Hvis man er interesseret og viser initiativ, så får man automatisk lov til en masse ting, at prøve en masse ting og sådan stå lidt på egne ben og sådan noget, i forhold til, hvis man ikke byder ind med noget ... så jeg synes, det er fedt, vi får noget ansvar.

Gennem vores observationer af Hannah lærer vi, at hun er meget vellidt i afdelingen; sygeplejerskerne og hendes vejleder ser hende som kompetent, og hun tilbydes et attraktivt deltidsjob i enheden. Andre studerende oplever det som mere frustrerende at skulle leve op til produktionslogikken, som fx Mille:

Jeg synes ikke, der bliver taget nok hensyn til, at man er studerende, og man godt må sige fra over for nogle ting (...). Det var en dag, hvor vi havde haft rigtigt travlt og så lige pludselig, så havde, altså og så lige pludselig, så var der bare ikke flere patienter på afdelingen, og det var meget afslappende, og jeg havde nogle ting, jeg sad og læste på computeren. Om medicin og sådan, som jeg rigtig gerne ville have gjort færdig i forhold til en opgave, vi skulle aflevere og sådan noget, og der var ingenting at lave, og så kommer der en og spørger, om jeg ikke lige vil gå ind og, og tømme stuer. Og der var fem stuer, som slet ikke var mine patienters, det var nogle af de andres. Og de havde lige så god tid som mig, og så sagde jeg jamen, det, det ville jeg da gerne, fordi at, altså, selvfølgelig, det vil jeg da gerne, men jeg sagde, jeg vil gerne bare lige læse det her færdigt, fordi den var kvart i tre, og vi fik aldrig lov til at gå før kl. tre. Det er så, hvad

det er, men så ville jeg rigtig gerne lige sidde og lave det her, det synes jeg er ret relevant, når jeg nu er studerende, at jeg lige faktisk kan få lov til lige at bruge det, jeg har lært eller lære lidt om det, jeg har brugt i løbet af dagen og faktisk læse noget om det, så der kommer noget viden bag altså. Og så fik jeg sådan en bemærkning. Det gjorde mig så harm (...) Jeg ville bare gerne lige læse det her færdigt. Det var én side, og det kunne man så ikke få lov til, det er sådan et lille, altså måske lidt ekstremt eksempel, men man får ikke lov til at trække sig og egentlig prøve at bruge den her teori på nogle af de her ting. Det, det synes jeg ikke, der bliver givet nok plads til. Og der bliver givet nok plads til at slutningen af dagen, at man evaluerer med den, man går med faktisk, og får sat nogle tanker og refleksioner i gang på det, man går og laver, så det ikke netop bare bliver, nå, nu skal du vaskes og have børstet tænder og vendes i sengen og sådan noget, men så der faktisk kommer noget, noget viden på. Det synes jeg slet ikke, der bliver givet nok plads til. (7. semester)

For at opsummere, så illustrerer denne analyse, hvordan sygeplejestuderende jonglerer mellem de forskellige plejelogikker, der eksisterer i klinisk uddannelse. Analysen bidrager med en alternativ forståelse af det pres, de studerende oplever, når de er i klinik, som er noget af det, der har stået allerstærkest for os som følgeforskere i projektperioden, og som er veldokumenteret i den eksisterende litteratur (Se fx Liljedahl, Björck, Kalén, Ponzer og Bolander Laksov 2016; Sun et al. 2016; Suresh, Matthews og Coyne 2013). Studerende skal afbalancere forskellige krav og undertiden modstridende værdier, der er forbundet med de forskellige logikker, som en del af processen med at lære at pleje og ”bestå klinikken”.

Analysen ligger i forlængelse af eksisterende forskning, som peger på, at en dominerende markedstænkning sætter sig igennem i det moderne sundhedsvæsen (Bakken, Brinchmann, Haukelien, Kroken og Vike 2002; Blom, Evertsson og Perlinski 2017; Kristensen 2014; Wærness 2008). Som påpeget finder vi imidlertid, at plejeproduktionslogikken eksisterer sammen med den relationelle plejelogik, som synes at have stor værdimæssig betydning for studerende. Grundliggende er mange i projektklassen faktisk meget motiverede af de relationelle aspekter, som denne logik knytter til plejepsiksis. Som fx Tine, der siger sådan her et par uger efter, at hun er startet på uddannelsen:

Sine: "Kan du sige lidt om, hvad det er ved sygeplejefaget, som ... som har fået dig til at vælge det? Altså, hvad er det, der fascinerer dig ved det?"

Tine: "Jeg tror, at det er den menneskekontakt eller sådan, man har, fordi egentlig så har det bare været sådan en grundliggende ting i mig i sådan ... hvad hedder det sådan. Ja. Jeg vidste bare, det, det skulle være inden for sundhed. Og så tror jeg bare, det er meget ... at sygeplejersken har så meget kontakt med patienterne. Hvorimod en læge ville ... synes jeg i hvert fald have et distanceret eller sådan til patienterne. Og jeg kan godt lide den der ... det der mix med pleje og så også have så meget viden."

Gennem vores analyse af de tre plejelogikker, og hvordan de udfoldes og sammenfiltres, viser vi, hvordan studerende omfavner og forsværer en plejepraksis, der er baseret på relationel plejelogik; de forsøger at forstå og finde svar på patienternes plejebehov, selvom det kræver, at de må strække sig ud over den foreskrevne opgave. Ofte er det forholdet til patienter, der giver de studerende den meget ønskelige følelse af at "gøre en forskel". At bruge tid med patienter og opbygge relationer værdsættes imidlertid ikke meget af plejeproduktionslogikken og overraskende nok ikke i større grad i plejeuddannelseslogikken, som ofte fokuserer på forhånd definerede læringsmål.

De fleste studerende opfanger denne hierarkisering; de lærer, at professionel accept fra det faste personale ofte kommer, når de formår at afbalancere deres engagement i relations-opbygningen med patienter med en interesse og forståelse for den daglige produktion af pleje og i uddannelsesopgaver – selvom disse ikke har nogen direkte relevans for den patientpleje, de er direkte involveret i. Det er værd at diskutere, hvordan klinisk uddannelse bliver medproducenter af nogle logikker, som risikerer at transformere de studerendes motivation til menneskearbejde til flertydige og ofte usikre professionsidentiteter.

Hvis sygeplejerskeuddannelsen i fremtiden bliver for styret af en produktionslogik fremfor at identificere og møde patienternes uforudsigelige omsorgsbehov, hvad er så implikationerne for den omsorg, de senere vil udføre som fagprofessionelle?

Vi forudsiger en udvikling, hvor sygeplejepraksis bliver mere og mere specialiseret, og hvor basal sygepleje i stadigt højere grad delegeres til dem med korteste uddannelse. Dette kan blive set som en naturlig konsekvens af det, vi har set, nemlig at relationel plejepraksis devalueres i store dele af sygeplejepraksissen. Vi er efterladt med spørgsmålet om, hvordan denne devaluering skal forstås i lyset af de politiske og uddannelsesmæssige ambitioner om ikke bare at tilbyde høj kvalitet, men også patient-centreret pleje.

Gennem analysen har vi givet empirisk indsigt i sammenfiltningen og spændingerne mellem forskellige praksislogikker i den kliniske sygeplejerskeuddannelse; den relationelle pleje/omsorgslogik, den uddannelsesmæssige plejelogik og endelig plejeproduktionslogikken.

Desillusioner – når de studerendes motivation afvikles

Nogle studerende bliver hurtigt gode til at navigere mellem de forskellige logikker – andre kommer i klemme mellem dem. Det er fx det, der er sket for Trine:

Da jeg var lille og ville være sygeplejerske, ville jeg også altid være på akutmodtagelsen. Indtil jeg fandt ud af, at det skal jeg absolut ikke være. Altså det (...) jeg gør bare noget lige nu og her, og så sender jeg noget væk, og jeg ser det aldrig igen. Og jeg ved ikke, om det har givet mening for dem eller haft en betydning for dem. Altså, det er meget lidt tilfredsstillende for mig. Og jeg er, er lidt inde, tror jeg, i en proces, hvor jeg skal finde ud af sådan, hvornår er det tilfredsstillende, og hvornår er det tilstrækkeligt til, tilfredsstillende til at, at det er derfor, jeg står op og om morgenen til en lorte-løn og nogle lorte-arbejdstider og altså. At. Fordi det er jo derfor, jeg har valgt at blive sygeplejerske, det er fordi, der er noget i mig som, som har drevet mig. Nu er der ikke noget længere, der lige driver mig. Så det vil jeg rigtig gerne have frem igen.

Trine konstaterer, at der er ”noget, der har drevet” hende, og at det er væk, efter at hun har været i klinik i skadestuen, hvor hun har oplevet sygeplejen som ”at sende noget væk (...) og aldrig se det igen”, hvilket kan ses som et udtryk for, at hun har oplevet sygeplejen som frakoblet de sygeplejefaglige værdier, der er koblet til den relationelle plejes logik. Trine siger det ikke, men man kunne forestille sig, at det, som hun savnede, var en oplevelse af (bekræftelse af) at hendes arbejde reelt havde gjort en forskel for de mennesker, hun har passet. Måske Trine genfinder motivationen og det indre drive, hvis hun får mulighed for at skifte bekendtskab med en klinisk kontekst, hvor hun kan se sig selv, og hvor spørgsmålet om løn og arbejdstider kommer til at blive afbalanceret af arbejdsglæde og -stolthed.

13 **Klinisk læring, der rykker; sammenhæng og udvikling af professionsidentitet**

Sygeplejerskeuddannelsen indebærer, at man tilegner sig en bred vifte af viden, færdigheder og kompetencer. Samtidig indebærer udviklingen af en sygeplejefaglig professionsidentitet andet og mere end viden, færdigheder og kompetencer (Sandvik, Eriksson og Hilli 2014). Uddannelsesforløbet kan således betragtes både som en proces, der udvikler en særlig faglighed, men også som en identitetsforandrende og -forankrende proces, der berører oplevelsen af, hvem man er som sygeplejerske. Udviklingen af en professionsidentitet er i modsætning til viden, færdigheder og kompetencer ikke noget, der umiddelbart kan prøves ved en eksamen. Processen er ikke lineær, og ”resultatet” vil også være forskelligt de studerende imellem. Den sygeplejefaglige professionsidentitet forandrer sig ligeledes gennem tiden (Rask Eriksen og Jørgensen 2005), idet det er karakteristisk for professionsidentiteten, at den udvikles i et kontinuerligt og magtfuldt samspil med de relationer og den kontekst, man er en del af (Dall’Alba 2009; Edwards 2010; Wackerhausen 2009).

Da PÅ TVÆRS startede, var forventningen, at man ved hjælp af gennemgående pædagogiske greb og metoder kunne skabe sammenhæng i læringen på tværs af kliniske kontekster. Projektet har lært os, at konteksten på forskellig vis spiller ind i den læring, som sker og kan ske. Og som vores artikler viser, er klinikken ikke ét sted, men mange forskellige steder med forskellige læringsmuligheder og betingelser for læring. Derfor

kan man heller ikke tale om studerendes læreproces i ental – eller at de på nogen måde får den helt samme uddannelse.

I dette afsnit vil vi zoome ind på de studerendes læreprocesser og de måder, disse får betydning for udvikling af en professionsidentitet. Vi lægger ud med at give ordet til Luna, der fortæller om sit kliniske ophold på 6. semester:

Der har været megagodt ... der er nogle virkelig gode vejledere derovre. Jeg har fået lov til at stille dumme spørgsmål, og jeg har fået lov til at få ansvar, jeg har bare fået lov til det hele, synes jeg. Og det har sådan givet mig plads til, at jeg sådan bare ... det har været sådan 'Ja, selvfølgelig skal det nok gå det hele', altså sådan 'det, det kan du jo sagtens'. Virkelig meget ros. Det har været så fantastisk. (Luna, 7. semester)

Citatet falder i forbindelse med fokusgruppeinterview, hvor nogle studerende taler om, at de ikke føler sig klar til at være færdiguddannede. Luna derimod oplever, at hendes sidste kliniske periode har fået hende til at tro på, at "det nok skal gå", og "du kan jo sagtens". Vi læser citatet, som at Luna faktisk godt kan se sig selv som færdiguddannet, at hun har udviklet sin professionsidentitet. Dette kobler hun helt eksplicit til den kliniske læreproces, hun har været igennem. Men hvad er det, der gør kliniske læreprocesser gode?

I vores mange, mange interviews med studerende – både i grupper og enkeltvis, er det selvfølgelig mange forskellige dimensioner, de studerende fremhæver, når de bliver bedt om at sige noget om, hvilken type læring, der rykker, ligesom læringslitteraturen også har mange bud. Imidlertid er det, der står stærkest i vores samtaler med de studerende, hvordan relationer virker ind på læringen. Faktisk vil vi trække den så langt som at sige, at det er i relationerne, at den kliniske læring først og fremmest sker. Det betyder ikke, at relationer altid er gode eller nemme; for de studerende fortæller om mange dimensioner ved relationerne, som kan være svære, fx føler de sig nederst i hierarkiet; de føler, de skal være taknemmelige for at få læringsmuligheder, og de føler sig mange gange også kontrolleret eller styret på uhensigtsmæssige måder af de relationer, de indgår i. Disse

oplevelser understreger, hvor vigtig relationen er for motivationen til læring og i sidste ende udvikling af en professionsidentitet.

I dette sidste afsnit vil vi gå tættere på, hvad der er i relationerne, som støtter de studerendes læreprocesser, og sidst i kapitlet vil vi vise, hvordan vejledning virker ind på dette.

Styrkelse af læringsfællesskaber

PÅ TVÆRS har givet indsigt i styrkerne ved, at man som studerende indgår i faglige fællesskaber. Det handler ikke kun om at få venner gennem studiet, men også om at indgå i relationer, hvor man faglig kan sparre med hinanden, hvor man bliver set, og hvor man bliver udfordret og skubbet – uden at man risikerer at ”falde udenfor” fællesskabet, hvis man ikke umiddelbart lykkes rent fagligt.

Klassen som læringsplatform

De studerende, der har medvirket i PÅ TVÆRS, er gennem deres uddannelsesforløb forblevet en klasse, som på mange måder har fungeret som det primære faglige fællesskab. I udgangspunktet var dette ikke en intention, men blot en praktisk foranstaltning for at sikre, at det var den samme gruppe af studerende, der deltog i eksperimenterne hele vejen igennem projektet. Som almindelig sygeplejestuderende på Københavns Professionshøjskole er det således kutyme, at man bevarer sit tilhørsforhold til en stamklasse det første uddannelsesår, men herefter sker der en administrativ omfordeling af studerende, som sikrer maksimal udnyttelse af underviserressourcer og besparelser generelt i teoriforløb; det betyder, at de fleste studerende oplever en høj grad af tilfældighed i, hvem de kommer på hold med de sidste 2,5 år af uddannelsen.

Erfaringen fra projektet er, at det har haft stor betydning, at de studerende har fulgt hele vejen gennem uddannelsesforløbet. Som det fx udtrykkes af Niels i nedenstående citat:

Det har været helt vildt rart; man har haft en klasse, man har fulgtes, altså det har virkelig gjort en stor forskel, tror jeg, for alle de frustrationer, man løbende har haft igennem uddannelsen, at man har kunnet sparre med nogen, som man er kommet lidt tættere på, end hvis man måske havde været lidt rundt omkring. Så jeg synes, det har været rigtig godt.

Udover at de allerfleste studerede fra projektklassen ville erklære sig enige i ovenstående citat, har de også givet udtryk for, at netop det at høre til i en klasse og kende hinanden også har fungeret som en stærk motivation til at møde op til de forskellige undervisningstilbud, både i og uden for projektet. Spørgsmålet er derfor også, om de ressourcer, man sparer på at opløse klassestrukturen, reelt mistes i form af frafald og reeksaminer? I hvert fald siger Louise sådan her:

Det der med at der er meget på spil. Fordi jeg tror, at i en anden situation, hvis man havde rykket klasse flere gange, så ville jeg bare tænke, nå, men altså, går den ikke, så må man jo prøve forfra et andet sted og have bedre held. Og nu begynder det at betyde rigtig meget, at jeg ikke kommer galt af sted. At jeg ikke kommer et sted, hvor jeg skulle gå om og gå et andet sted. Og det er lidt fjollet, fordi vi har ikke så lang tid tilbage, men jo længere tid der går, jo vigtigere bliver det for mig, at jeg bliver i den klasse. Så selvom alle de gode ting ved klassen, så betyder det også, at man sådan lige pludselig, at jeg i hvert fald, har fået et sådan ekstra pres på. Det må ikke gå galt.

Tætte og langvarige relationer skaber også grobund for spændinger og konflikter, og dem har der også været i projektklassen. Ligesom der er dannet venskaber og gode samarbejdsrelationer i PÅ TVÆRS, er der også udviklet antipatier og spændinger. Men den læringsmæssige gevinst vurderes at være langt større; når de studerende tilbydes et langvarigt fagligt fællesskab, der netop kan udvikles, fordi der er nogle personlige relationer, der muliggør det, så giver det en form for læringsbase, som der er brug for, især i forbindelse med de kliniske semestre, fordi de studerende her spredes på mange forskellige uddannelsespladser – og heller ikke alle sammen oplever, at klinikken udgør det læringsfællesskab, de har behov for.

Projektet som læringsanker

Alle skulle have en Betina.

Sådan siger en studerende i forbindelse med Delphi-evalueringen på 6. semester. Når de studerende taler om, at ”alle skulle have en Betina”, kan det ses som et udtryk for glæde over en særlig personlig relation, udviklet i PÅ TVÆRS; relationen til projektleder Betina Wilhjelm. Men det kan også ses som et udtryk for et mere alment behov, som de studerende italesætter ved at bruge udtrykke ”en Betina”. Det er således blevet tydeligt, at de studerende har et behov for at have et læringsanker i form af en gennemgående og tillidsbaseret relation til én uddannelsesinstitutionel person gennem hele deres uddannelse. Det blev ligeledes tydeligt, at der ikke var andre personer end netop projektlederen – hverken i klinikken eller på professionshøjskolen – der udfyldte dette behov, efter at klasselærerfunktionen opførte efter første uddannelsesår. Læringsankret er særlig vigtigt, når den studerende møder udfordringer, der er lidt ud over det sædvanlige. Og det er der mange studerende, der gør i løbet af de 3,5 år uddannelsen varer. Når projektleder er kommet til at fungere som ”læringsanker”, skyldes det særlige omstændigheder knyttet til hendes person og til projektet – men også at hun har taget på sig at forholde sig til de studerende som mennesker, taget sig tid til at tale med dem og derigennem vist engagement i deres uddannelsesforløb. Det interessante er den store betydning, dette har haft for de studerende:

Nina: ”Det er det, der har holdt sammen på det for mig, og altså det at man har kunnet snakke med Betina for eksempel, det, det. Hun har virkelig villet gøre noget. Altså, jeg tror, det er jo hende, man har kontaktet, men hun har intet med skolen at gøre. Det er bare ret tankevækkende (...) jeg ved ikke, hvad de andre gør eller sådan, fordi de har jo ikke, altså ...”

Klinikken som læringsfællesskab

Der er ingen tvivl om, at de kliniske uddannelsesperioder har stor indflydelse på professionsidentiteten – på godt og ondt. Her er det en væsentlig pointe, at ikke alle studerende oplever at kunne indtage en position som en legitim perifer deltager – som Lave og Wenger (Lave og Wenger 1991) beskriver det. Liv udtrykker følelsen af at være usynlig, som én af de største barrierer for læring:

Jeg synes, de gange, hvor jeg har haft det dårligt, der har det været på grund af de mennesker, der har været på det kliniksted. Altså, fordi hvis jeg tænker over patienterne og det, der ellers sådan skete der, sådan fagligt var det garanteret fint nok, men det er bare det der med, at det fylder rigtig meget, når det er mange timer af ens dag, hvis der er nogen, der ignorerer en for eksempel. Altså, så bliver man bare sådan personligt usikker. Og så får man ikke noget sådan fagligt udbytte af det heller. Så jeg tror sådan for mig har det tit været. Så har det været noget med personalet, altså hvor ... Ja, som har været det, der har gjort en, ja, træt af det.

Det er vores erfaring, at netop relationernes betydning for både læring og professionsudvikling underbetones i væsentlige dele af den kliniske uddannelse.

Noget andet, der går igen i de studerendes fortællinger, er, at tiden til opfølgning er under pres. Dette er også en problematik, der genfindes i den internationale forskning (Haraldseid, Friberg og Aase 2015; Jansson og Ene 2016). Her er det Amalie, der udtrykker større behov for feedback:

Jeg synes ikke, der bliver givet nok plads til at slutningen af dagen, at man evaluerer med den, man går med faktisk, og får sat nogle tanker og refleksioner i gang på det man går og laver, så det ikke netop bare bliver, nå, nu skal du vaskes og have børstet tænder og vendes i sengen og sådan noget, men så der faktisk kommer noget, noget viden på. Det synes jeg slet ikke, der bliver givet nok plads til. Nej, så må du ind og dokumentere, eller så skal du tømme stuer eller sådan noget, fordi. Og så ja, nu kan du godt gå. Og så er det sådan nå, så har jeg ligesom gjort dagens pligt, og så er jeg megatræt, og så nu ved jeg, hvad det vil sige at være sygeplejerske, men jeg har ikke ... Ikke tænkt over, hvad det er, jeg har gjort, og det synes jeg også, der skal være mere plads til. (Amalie, 6. semester)

Men det er ikke bare et spørgsmål om relationerne til hinanden og at blive en del af et praksisfællesskab. Relationerne til patienterne fylder også meget.

Patientrelationernes betydning for læreprocesserne

Flere studerende oplever, at relationerne til patienterne betyder meget læringsmæssigt såvel som personligt – mange finder patientkontakten meget motiverende. Det kan være, når de oplever at gøre en forskel for patienterne og dermed få succes, selv om de ved, de stadig har rigtig meget at lære. Men det kan også være, når de oplever, at patientrelationen ikke er så farlig, som de troede, og der i relationen kan opstå læring, fordi patienten kan fungere som læremester.

I starten opfordres de studerende til at sætte sig ind på patientstuerne og lære af patienterne. Dette hænger godt sammen med det store fokus på patientcentrering og –inddragelse, der er i sundhedsvæsenet (Holen 2011). Sygeplejestuderende adskiller sig fra færdiguddannede professionelle ved at have mere tid sammen med patienterne. Vores studier peger på, at de relationer, man som studerende udvikler til patienter, udgør et særligt læringsrum for professionalitet, idet de studerende gennem patientkontakten inviteres til refleksioner over grænsesætninger mellem det professionelle og det private, mellem empati og skærmning af egne følelser osv.

I empirien finder vi eksempler på studerende, der fortæller om at være kommet meget tæt på patienterne, og hvor det er relationerne til patienterne, der har givet dem energien til at komme igennem en problematisk klinisk periode. Som fx Lærke:

Jeg har haft nogle rigtig gode oplevelser med patienterne og deres pårørende og sådan noget, også fordi det jo simpelthen, altså der er jo mange af dem, der var sådan fuldstændig hundrede procent afhængige af altså os, som sygeplejersker og studerende. Og det giver nogle, sådan. Altså de forbindelser eller de relationer, man skaber der, det er jo, det er jo mig, der skaber dem, det er ikke min vejleder. Men jeg har helt klart manglet vejledning på det her semester, synes jeg. Struktureret vejledning. Altså forståelse for, hvad det er, vi skal. Hvordan kan en helt almindelig sygeplejerske, som ikke er underviser eller vejleder, som bare får en studerende ind, hvordan kan hun prøve at give noget videre? Det synes jeg ikke strukturen var til på afdelingen desværre.

Citatet illustrerer, hvordan relationen til patienterne, men også hvordan kvaliteten af den daglige vejledning er helt afgørende for den studerendes læringsudbytte. I den sidste del af afsnittet vil vi dykke lidt mere ned i vejledningen.

Hvad er god klinisk vejledning?

En god vejleder er selvfølgelig en, der ser ens potentiale og sådan giver ris og ros og plads til dumme spørgsmål. Og giver en lov til sådan at have noget ansvar og sådan. Og stoler på en, det synes jeg er virkelig vigtigt, altså. (Vibe, 6. semester)

Vibe sætter ord på noget, som de fleste vejledere og uddannelsesplanlægere godt ved. Og som de studerende i slutningen af deres uddannelsesforløb har erfaret gennem samarbejdet med de forskellige vejledere, de har mødt gennem deres forløb. Betydningen af en vejleder, der ser ens potentiale, anerkender når man gør det godt, og retter når det går mindre godt, som stoler på en og giver et ansvar, der modsvarer ens kompetencer – det er det, der skal til, og det er også det, de kliniske vejledere bestræber sig på i mødet med de mange studerende, som de møder på daglig basis.

Det faglige fyrtårn

Den faglige støtte, både i form af undervisning og sparring, men også som rollemodel, fremhæves også af flere studerende som noget af det, der har haft stor betydning for deres udvikling. Her er det Helle, der fortæller:

Jeg lærte også rigtig meget af at se min vejleder snakke med patienterne i starten. Ja, det var ret imponerende. Jeg tænkte: 'ok, det gør du bare'. Hver gang jeg kiggede tilbage og læste bøgerne, kunne jeg se alt, hvad hun havde gjort. Og så gik jeg tilbage til hende og sagde, du gjorde jo lige præcis som det og det og det, og hun sagde 'gjorde jeg det? Ja, ja'. Sådan fordi jeg kunne sådan hele tiden trække det tilbage til noget, vi havde læst eller. Ja. Det er altid dejligt at møde nogen, der er superskarpe. Altså det der med at have nogle forbilleder. (Helle, modul 5)

Mødet med ”det faglige fyrtårn”, vejlederen, der bliver et forbillede for, hvilken sygeplejerske man gerne vil blive, kan være skelsættende, og de fleste studerende møder et par stykker i løbet af deres forløb. Men god vejledning er desværre ikke nogen selvfølge. Selvom man tildeles en vejleder, er det langt fra sikkert, at der i praksis er tale om en forbilledlig relation. Det kan skyldes mange ting, ganske ofte er det organisatoriske forhold, der er på spil. Gennem projektet har vi fået blik for, hvordan de studerende kæmper om god vejledning, hvor de føler sig set, og hvor de oplever kontinuitet – og hvor de kan udfordres.

Ny vejleder hver dag

Men der er noget, der spænder ben for, at de studerende kan regne med at modtage god vejledning. Mange studerende oplever, at de tildeles mange forskellige vejledere i løbet af en klinisk periode. Det giver en oplevelse af at skulle starte forfra hver dag.

Hver morgen blev jeg spurgt: 'Nå, men, hvad er det så, I skal på sjette semester?' Og 'du må fortælle mig, hvad det er, jeg skal hjælpe dig med'. Det er rigtig svært, jeg ved det jo ikke, det er jo dig, der skal hjælpe mig med det. Altså jeg kan da godt læse semesterbeskrivelsen og sige, hvad der står deri, men det er jo ikke det. Jeg havde brug for en, der kunne sige 'prøv nu at se her, det her, det er det vigtige, og læg nu mærke til ...' eller 'hvorfor tror du ...?' En, der stillede de rigtige spørgsmål i stedet for, at jeg bare hang efter (...) Og så blev det til 'ej, jeg gør det altså lige, fordi vi har lige lidt travlt, og ellers så kan vi ikke nå det derinde' og sådan noget. Og det er virkelig utilfredsstillende (...) Så det blev meget med sådan, at jeg styrede mine patienter selv, på den måde; 'godmorgen', så måle værdier, så morgenmad og så personlig pleje. Men jeg føler bare, der manglede noget andet på det her tidspunkt. (Eva, 7. semester)

Citatet siger noget om, at der kan være travlt, og at der kan være manglende tid til at vejlede de studerende. Men det siger også noget om, at det er gennem kontinuerlige vejlederrelationer, at man får indsigt i den studerendes niveau og kan stille de spørgsmål, der flytter den studerende læringsmæssigt. Den gode vejledning kræver høj grad af kendskab til den studerende, men giver omvendt også selv samme indsigt. Dette er vel at mærke ikke det samme, som at de studerende ikke tager ansvar for deres

egen læring. Men det viser, at de studerende ikke kan overlades det fulde ansvar for egen læring. Som vi tidligere citerede Stina for at sige: ”Man ved jo ikke, hvad det er, man ikke ved”.

Metavejledning kontra situationel vejledning

Den danske sygeplejerskeuddannelse udmærker sig ved sin prioritering og institutionalisering af vejlederfunktionen, og grundideen med at have en fast klinisk vejleder tilknyttet til hver klinisk periode er således, at den studerende og vejlederen kan udvikle den trygge og tillidsfulde læringsrelation, der støtter både studiemæssigt og fagligt. Overordnet set kan man skelne mellem to forskellige måder, de studerende har modtaget vejledning på, nemlig situationel vejledning og metavejledning.

Metavejledning er den vejledning, som foregår længst væk fra stuen – hvor det, der vejledes på, er de studerendes fortællinger om deres omgang med patienterne. Genstanden er således ikke vejleders observationer af den studerendes konkrete sygepleje eller fælles plejehandlinger – men rekonstruktioner af situationer, hvor vejleder ikke har været til stede.

Metavejledning kan, og især når den udføres godt, rykke de studerende vældig meget læringsmæssigt. Der kan være en styrke ved, at der netop er tale om rekonstruktioner af plejesituationer, fx fordi den studerende ofte har magt over, hvad der skal genfortælles, og fordi man gives muligheden for grundig refleksion over de udførte handlinger:

Min kliniske vejleder var egentlig helt vildt god, men hun var jo ikke på afdelingen til dagligt. Men hun var helt klart den, der gjorde, at jeg kom igennem det. Patienterne var jo helt vildt spændende, og det var nogle meget lange indlæggelser. Jeg var tilknyttet en patient med en bipolar blandingstilstand, som var meget krævende og meget, ja vild at opleve. Og det udfordrede mig selvfølgelig, men jeg stod bare meget alene med det. Jeg synes, jeg fik meget ud af det, men jeg fik ingen vejledning på afdelingen. Min kliniske vejleder gjorde meget ud af at prøve at være på afdelingen et par dage, så hun kendte ligesom patienterne, så jeg fik ligesom en masse refleksioner der. Men selve dagen på afdelingen var bare helt vildt lang.

Eksemplet viser, hvor vigtig metavejledningen er for en studerende, der er på en afdeling, hvor læringsmiljøet er meget mangelfuldt, fordi hun stort set er overladt til sig selv. Vores feltarbejde og rapporten her rummer mange eksempler på situationel vejledning, fx når PRM-modellen bruges i tæt forbindelse med patientsituationen, når Lars er sammen med sin vejleder i det kirurgiske ambulatorium, eller når der ydes personlig pleje til en kritisk syg patient på en højtspecialiseret intensiv afdeling.

Situationel vejledning ydes i helt tæt sammenhæng med den kliniske praksis. Her er det ikke tilstrækkeligt at kunne teorien eller procedurerne; her er det kombinationen af viden, færdigheder og kompetencer, der kan komme i spil. Den tager både afsæt i det konkrete, unikke og ikke-planlagte – og finder sted i situationen, hvor kroppene er til stede. Det vil sige, det er også denne vejledning, der foregår ude på stuen eller i meget umiddelbar nærhed hertil. Det er også igennem den situationelle vejledning, at den studerende kan se vejleder udføre sygepleje (og ikke blot vejledning).

Når vi foreslår en skelnen mellem situationel og metavejledning, er det for at skabe opmærksomhed omkring den ofte oversete pointe, at der praktiseres forskellige typer af vejledning i klinisk praksis. Uddannelsestænkningen og organiseringen af uddannelsesforpligtelsen ligger hos de kliniske vejledere eller undervisere – og deres vejledning udgør oftest det, vi kalder metavejledning. En vejledning, hvor vejleder har øje for det samlede uddannelsesforløb, stykker det op i delmål og taler med de studerende om deres oplevelser og erfaringer. Det er også her, de studerende kan komme, hvis de har problemer. Der er altså ofte tale om en funktion, som hovedsageligt handler om at organisere vejledningen på det kliniske uddannelsessted – og ofte har den kliniske vejleder ansvaret for flere afsnit. Og denne model fungerer rigtig godt, når den daglige vejledning fungerer. Som det fx har været tilfældet for Peter i hans 6. semester klinik:

Jeg har været på en afdeling, hvor jeg bare synes, alle er så megaseje. Og så er jeg bare sådan, det vil jeg også være. Jeg synes virkelig, de er seje. De kan bare svare på alt, og det er bare den nyeste viden, og de læser derhjemme, og jeg er bare sådan helt: 'Hold da kæft, det vil jeg virkelig også gerne være!' Og det tror jeg gjorde, at jeg pressede mig selv lidt. Sådan. Til sådan, det vil jeg også. Der har været megagodt, sådan, der er nogle virkelig gode vejledere derovre og sådan, jeg har fået lov til at kunne stille dumme spørgsmål, og jeg har fået lov til at få ansvar. Jeg har bare fået lov til det hele, synes jeg. Og det har sådan givet mig plads til, at jeg sådan bare har haft det sådan, ja, selvfølgelig skal det nok gå det hele! Det har været så fantastisk. (Peter, 7. semester)

Citatet viser, hvordan de studerende kan rykke i løbet af en klinisk periode, når der opleves et engageret personale, og når den pædagogiske kvalitet også er god. For Peter går det hele op i en højere enhed i den sidste kliniske periode, og han presser sig selv for at leve op til den høje standard, han møder hos kollegerne, der formår at imødekomme hans læringsmæssige behov ved at give ham nye opgaver.

Læringsrelationer der rykker

Vi har i dette afsnit vist, hvordan det er de tætte relationer, der kommer til at blive afgørende for den samlede pædagogiske kvalitet og de studerendes kliniske læreprocesser. Det er en forudsætning, at studieplanerne er veltilrettelagt, og at de kliniske uddannelsespladser rummer mulighed for læring, men det er kvaliteten i vejlederrelationerne og relationer til det øvrige personale, der er afgørende for, om den studerende rykker læringsmæssigt. Gode kliniske læreprocesser rummer forskellige komponenter; faglig inspiration, passende udfordringer, gode feedbackformer og forpligtende relationer.

Mange af de studerende i PÅ TVÆRS-klassen har følt, at de stod alene med læringen – og dette ser vi som konsekvens af en aktuel uddannelses-tænkning, der formaliserer og centraliserer uddannelsen i store uddannelsesinstitutioner, med undervisere, der ikke kender den enkelte studerende, med opbrudte klassefællesskaber og kliniske uddannelsessteder,

der har et stort flow af studerende, som i øvrigt udgør en lille del af den samlede kerneopgave, og hvor de studerende spredes rundt på et stort antal kliniske uddannelsessteder. Som en af de studerende formulerede det, opleves det som mærkeligt, at en uddannelse, der skal uddanne til relationsarbejde, ikke har mere fokus på relationer i uddannelsen

Vi opfordrer til en skelnen mellem situationel og metavejledning, der begge har potentialet til at give stort læringsudbytte for den studerende. Vi ser dog en tendens til, at den situationelle vejledning nedprioriteres. I den situationelle vejledning får man som vejleder mulighed for at påtage sig det nødvendige medansvar for den studerendes læreprocesser. Og det er i disse relationer, sammenhæng i uddannelse, relationskompetence og professionsidentitet kan opnås.

Konklusion og anbefalinger – fra sammenhæng til læring i klinisk uddannelse

14

PÅ TVÆRS har givet indsigt i vilkårene for klinisk læring og for de dynamikker, der er på spil, når man gerne vil kvalitetsudvikle klinisk uddannelsespraksis. Erfaringen fra projektet er, at det giver dygtige og engagerede studerende og udvikling af de kliniske underviseres pædagogiske faglighed, når de involveres og gives indflydelse på uddannelsespraksissen.

Erfaringen er også, at et vedholdende fokus på udfordringer rummer et potentiale for skabelse af ny viden. De analyser, som denne rapport præsenterer, er alle blevet til på baggrund af nysgerrighed i forhold til forstyrrelser og udfordringer i og af projektet.

Projektet har givet indsigt i de betydninger, de mange forskellige kliniske kontekster får for de udviklingsbestræbelser, som har ligget i de fire eksperimenter. Det kliniske læringsrum udfolder sig under vældig forskellige præmisser, og et vigtigt fund er, at eksperimenterne giver forskellige læringsafkast, afhængigt af den kontekst de gennemføres i, også selvom underviserne følger metodeanvisningerne tæt og endda har gennemgået fx certificeringsforløb, som det har været tilfældet i PRM-eksperimentet.

Dermed er det en af projektets konklusioner, at ingen pædagogisk metode eller bestræbelse kan være garant for et særligt læringsudbytte; læringsudbyttet afhænger af konteksten og i de relationer, hvorigennem metoden omsættes til pædagogisk praksis. Det gælder også for de eksperimenter, som kobler sig til læringsrum uden for klinikken – disse er også kontekst- og relations-afhængige. Ikke blot fordi de kompetencer, som metoderne træner, er efterspurgt på forskellige måder og i varierende

omfang af de kliniske uddannelsessteder (refleksion har større betydning på nogle kliniske uddannelsessteder end andre, simulationstræningens fokus, som fx personlig hygiejne, var ikke lige aktuelt på alle kliniske uddannelsessteder), men også fordi metoderne blev materialiseret/forløst forskelligt af de implicerede vejledere.

Med disse fund in mente kan projektet konkludere, at der er et potentiale i at arbejde videre med samtlige af de metoder og faglige fokuseringer, som er blevet afprøvet i projektets fire eksperimenter. Eksperimentet med sundhedsfaglig supervision (SFS) har vist, at sygeplejerskestuderende har brug for at skabe mening i de mange spørgsmål og oplevelser, der følger med uddannelsesforløbet. De studerende peger på, at supervision, når gruppen og relationen til supervisor er velfungerende, understøtter processen med at udvikle sig fra studerende til professionel, og at metoden udvikler et refleksionsberedskab. Samtidig giver supervision de studerende en vigtig oplevelse af ikke at være alene med de udfordringer, de oplever, men at kunne hente støtte i fagfællesskabet. Endvidere peger SFS-eksperimentet på, at der er et behov for yderligere viden og udvikling af sundhedsfaglig supervision med det formål at tage højde for, at man som studerende hverken har den faglighed, de kliniske erfaringer eller de psykologiske forudsætninger for supervision, som man kan forvente at møde hos en erfaren sygeplejerske.

PRM-eksperimentet (PRM) har vist et klart potentiale som metode til at arbejde med at styrke kompetencen til klinisk beslutningstagen hos de studerende, der oplever det som en styrke at arbejde med den samme model hele vejen gennem uddannelsesforløbet, og modellen har vist sig at kunne understøtte den progredierende læring og dermed bidrage til, at den fulde kompleksitet i den kliniske beslutning, også de ofte oversete organisatoriske vilkår, gradvist er blevet en del af den studerendes refleksion. Eksperimentet viser, at der er behov for yderligere viden om, hvad der konstituerer en klinisk beslutning, og hvordan man bedst tilrettelægger en progredierende og fokuseret læreproces netop med dette fokus. Eksperimentet er et godt eksempel på, hvor mange ressourcer det koster at implementere en bestemt model på alle kliniske uddannelsessteder. Pædagogisk set er det en god ide at træne underviserne i at bruge modellen.

Simulations- og færdighedseksperimentet (SIM) har bidraget med vigtige indsigter i, hvordan simulations- og færdighedstræning samlet set kan bidrage til at udvikle og skabe fortrolighed med kliniske færdigheder, om end den ikke kan eliminere behovet for at arbejde med færdighederne i klinisk praksis, der som oftest tilføjer opgaverne en kompleksitet, som færdighedslaboratoriet ikke kan efterligne. Eksperimentet har således vist, at der stadigvæk er behov for udvikling og omtanke, såfremt simulations-scenarier bruges til at udvikle kompetence i at håndtere patientsituationer. Projekterfaringen peger på, at metoden har en styrke som klinikforberedende læringsaktivitet under forudsætning af, at de studerende kender og er trykke ved metoden, underviserne og hinanden. Netop fordi SIM forudsætter, at kroppen bruges aktivt, stiller den andre krav til ”tryghedsarbejdet” end de øvrige metoder. Det er for nogle en svær opgave at skulle bruge egen og medstuderendes kroppe aktivt, hvilket betyder at metoden både rummer et potentiale for vigtig kropslig læring, men også for at de personlige grænser overtrædes.

Erfaringerne med at indtænke medicinhåndtering og farmakologi i uddannelsen (FAM) har været lærerige. Projektet viser med al tydelighed, at de studerende er optaget af og fra uddannelsesstart motiverede for at tilegne sig medicinkompetencer. De redskaber, som eksperimentet har opereret med, synes brugbare. Udfordringen har været at nå ud til alle vejledere og alle uddannelsessteder. De seneste studieordningsændringer formodes at give bestræbelsen et vigtigt skub i den rigtige retning. Projektet har vist et vigtigt potentiale i at arbejde videre med udvikling af den tværsektorielle medicinhåndtering både i et videns- og praksisudviklingsperspektiv samt et behov for at sikre, at de studerende faktisk får de muligheder i praksis, som studieordningen og semesterbeskrivelsen udstikker.

Gældende for alle eksperimenter er erfaringen, at pædagogiske metoder, uanset deres beskaffenhed, kræver tilegnelse, førend man kan opnå det ønskede faglige udbytte, og at denne proces ikke prioriteres tilstrækkeligt. Det er vigtigt, at man som underviser lægger ud med få og enkle læringsmål for at give plads til den metode-læreproces, der ellers vil skygge for de fagligt fokuserede læreprocesser.

En anden generel læring, som eksperimentdelen af projektet bringer med sig er, at der er mange konkurrerende modeller og pædagogiske metoder i brug i det teoretiske og kliniske uddannelsesfelt. Det kan være vanskeligt både for vejledere og studerende at navigere i og også at skulle skelne mellem disse, hvorfor en del (både undervisere og studerende) ønsker sig en større grad af ensretning på dette punkt. Dette peger på behovet for yderligere diskussion af, hvorvidt uddannelsen i lyset af sin teoretiske fundering og kobling til akademisk vidensproduktion kan eller skal insistere på at ensrette anvendelsen af bestemte modeller og begreber, eller om kompetencen til at kunne skelne og vælge mellem flere forskellige teoretiske bud er et (velkomment) vilkår, som de studerende skal klædes på til at kunne håndtere?

Som projektet er skredet frem, er vi blevet tiltagende optaget af, hvordan læring og professionsidentitet udvikles over tid for den enkelte studerende – og vi har, ved at følge de studerende i projektklassen så tæt i deres kliniske perioder hele vejen gennem uddannelsesforløbet, fået indblik i de mange og meget komplekse identitetsskabende aspekter af de kliniske læreprocesser. Fx bliver det tydeligt hvordan, teknologier, som noget man kan kende, have erfaring med eller beherske, fylder meget hos mange, og det kan skabe en stor usikkerhed på, om man er god nok, klar nok, til at blive en del af det sygeplejefaglige arbejdsmarked, hvis man ikke oplever at have tilstrækkelig erfaring med fx IV-medicin, katheteranlæggelse eller seponering af dræn. Det store fokus på læringsudbytter giver yderligere grobund for dette.

Det er tydeligt, hvordan de studerendes valg af sygeplejerskeuddannelsen hviler på en særlig motivation, der handler om, ”hvem man gerne vil være”. Motivationen er således koblet til sygeplejen og ideen om, at man som sygeplejerske er noget ganske særligt; en, der gør en forskel i menneskers liv, en der tager sig af dem, der har behov, én der er der. Man kan altså indvende, at de studerende, allerede når de træder ind på uddannelsen, har en professionsidentitet. I hvert fald har de et billede af og en drivkraft mod at træde ind i et bestemt fag, at påtage sig en bestemt faglig opgave. Det er tydeligt, at der for langt de fleste er tale om et valg, der implicerer mere end blot det at have et arbejde eller at varetage en funktion.

PÅ TVÆRS har vist, hvordan udviklingen af denne professionsidentitet hverken er lineær eller forudsigelig. Den er modsætningsfyldt og præget af usikkerhed og modstand. De studerendes orienteringer ændrer sig ikke bare som et resultat af den faglige udviklingsproces, de gennemgår, men også i kraft af de øvrige erfaringer, de gør sig med at være en del af klinisk praksis – det man kunne kalde for klinikkens skjulte læreplan. Projektet peger på, at netop den skjulte læreplan, hvor de studerende opleves at blive holdt på afstand af det faglige fællesskab eller oplever at blive udnyttet til ensidigt, gentaget arbejde uden vejledning, rummer en særlig risiko for at afvikle både professionsidentiteten og lysten til at forfølge faglige drømme.

Det kan synes voldsomt at tale om ”afvikling” af professionsidentiteten. Ikke desto mindre finder vi, med udgangspunkt i PÅ TVÆRS’ erfaringer, at det er vigtigt at fokusere på den store indflydelse, som de studerendes kliniske erfaringer har for, om de udvikler sig ind i eller væk fra sygeplejen og det kliniske arbejde i løbet af deres uddannelse.

De studerende, der oplever at blive mødt og få den rette støtte i deres læringsforløb, orienterer sig efter det, de finder spændende fagligt. Ofte inspireres de undervejs af de indsigter, de får på områder, som de end ikke vidste fandtes, da de startede på studiet, men som viser sig at være fagligt attraktive. Men de studerende, der har haft kliniske ophold præget af manglende læringsmuligheder og ringe pædagogisk kvalitet, fx fordi de oplevede en plejestandard, de ikke kunne se sig selv i eller stod tilbage med en oplevelse af ikke at blive inviteret ind i det faglige fællesskab, de udvikler sig ud af sygeplejen.

Når professionsidentiteten ikke udvikles, men derimod afvikles, ser vi, at mange studerende udvikler en orientering, der handler om, at man vil ansættes et sted, hvor kollegerne er søde og arbejdsmiljøet godt. Dette er et legitimt ønske, som de fleste nok deler, men pointen her er, at det sygeplejefaglige indhold i arbejdet nærmest forsvinder fra manges orientering – det bliver underordnet. Andre forestiller sig en fremtid i de dele af faget, hvor de drømmer om at møde en anden virkelighed end den, de er blevet

bekendt med i løbet af deres uddannelse, det kan fx være som sundhedsplejerske, i form af en kandidatuddannelse eller via en ansættelse i det private sundhedsvæsen. For andre bliver der tale om et afbrud af uddannelsen eller en plan om exit fra faget umiddelbart efter dimission. Dette er selvsagt et problem, bl.a. fordi optaget er ledighedsdimensioneret; der uddannes i princippet noget ”overskud” i forhold til behovet for sygeplejersker i praksis.

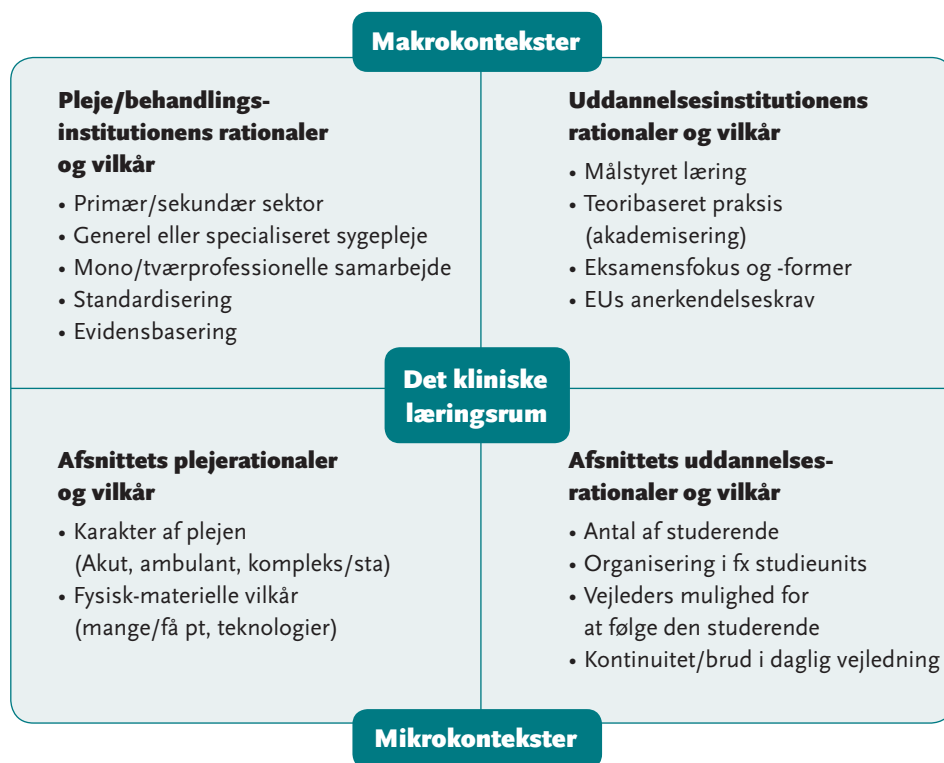
På den baggrund præsenterer vi i det følgende fire forslag til styrkelse af kvaliteten i klinisk uddannelse for sygeplejersker.

1. Fra de- til rekontekstualisering af det kliniske læringsrum

Klinisk undervisning i sygeplejerskeuddannelsen foregår i forskellige læringskontekster. Den enkelte studerende vil gennem sin uddannelse skulle engagere sig i læring i mange typer af kliniske læringsrum, hvori der foregår meget andet end sygeplejestuderendes læring, som fx pleje og behandling, forskning, uddannelse af andre professioner osv. PÅ TVÆRS understøtter, hvad vi allerede ved fra forskningen; at der er stor forskel på de læringsrum, som de studerende bevæger sig i (Larsen 1999; Jensen 2018). Fx er medicinrummet i en stor medicinsk afdeling og dagligstuen hos en ældre borger to meget forskellige læringsrum at tilegne sig medicinbehandling i. Opgaven/eller læringsaktiviteten kan således være den samme (at dosere medicin), men konteksten er meget forskelligartet (medicinrummet, hjemmet). Omvendt kan det samme rum være udgangspunktet for flere forskellige læringsmål (personlig hygiejne, inddragelse). De forskellige rum er præget af forskellige rationaler, indretninger, interesser, formål, aktører osv., som alt sammen påvirker den læring, der kan finde sted.

Man kan sige, at de kliniske læringsrum er en del af en større kontekst, som bl.a. udgøres af det kliniske uddannelsessted, som fx kan være en medicinsk afdeling eller et distriktpsykiatrisk center – en makro-kontekst. Læringsrummene er også en del af en anden type makrokontekst; den overordnede behandlings- og plejeinstitution, som fx kunne være et hospital eller en kommune samt en del af en uddannelsesinstitution, en professionshøjskole.

Forskellige institutionelle kontekster



Figuren ovenfor illustrerer, hvordan det kliniske læringsrum er en del af disse forskellige institutionelle kontekster. Undervisningsstedet ses som noget andet end den overordnede pleje – og behandlingsinstitution, fordi der kan være mange forskellige undervisningssteder inden for hver sektor. De forskellige undervisningssteder kan have forskellige kulturer, og de kan være præget af forskellige institutionelle rationaler.

Kontekstens betydning for de kliniske læreprocesser er et vilkår, man som uddannelsesplanlægger, underviser eller vejleder ikke kan gøre meget ved. Alligevel anbefaler vi, at der arbejdes henimod en øget bevidsthed om, på hvilke måder både mikro- og makrokontekster influerer på uddannelsesstedets læringskultur. PÅ TVÆRS finder således i lighed med tidli-

gere forskning (Roug 2015; Bisgaard 2018) det forhold, at læringskulturen har stor betydning for, hvilken læring både formelle og uformelle læringsaktiviteter kan give studerende. Vi foreslår dermed, at man på systematisk vis arbejder med at rekontekstualisere klinisk læring ved at diskutere og beskrive, hvordan de forskellige kontekster former både fagligt indhold og pædagogiske tilgange med det formål at tydeliggøre og udvikle en stærk læringskultur. Denne anbefaling forventes ikke kun at komme de studerende, men ligeledes nyansatte og øvrigt personale til gode.

2. Mere fokus på faglig stærk situationel vejledning

Vi anbefaler at skelne mellem situationel vejledning og metavejledning. Metavejledning forstås som vejledning ”om sygepleje”. Her vejledes på de studerendes fortællinger om patientpleje eller på generelle aspekter af sygepleje. Genstanden er således ikke vejleders observationer af den studerendes konkrete sygepleje eller fælles plejehandlinger – men rekonstruktioner af situationer, hvor vejleder ikke har været til stede.

Metavejledning kan, og især når den udføres godt, rykke de studerende betragteligt læringsmæssigt. Den studerendes omsorgspraksis, inkl. praktisk håndelag og situationsfornemmelse, er ikke på samme måde eksponeret for den kliniske vejleder eller undervisers direkte blik, hvilket giver den studerende mulighed for at bestemme, hvad der skal vejledes på. Omvendt eksponerer metavejledningen ofte et ”hvorfor” – det vil sige, den kalder på generel viden om, hvorfor den studerende skal håndtere en given del af sygeplejen. I PÅ TVÆRS-projektet har vi eksperimenteret på en række frugtbare måder i metavejledning.

Situationel vejledning ydes i helt tæt sammenhæng med den kliniske praksis. Vejledning sker ”i sygepleje”. Her er det ikke tilstrækkeligt at kunne teorien eller procedurerne; her er det kombinationen af færdigheder, viden og kompetencer, der kan komme i spil. Den tager både afsæt i det konkrete, unikke og ikke-planlagte – og finder sted i situationen. Det

vil sige den vejledning, der foregår ude på stuen eller i meget umiddelbar nærhed hertil. Det er også igennem den situationelle vejledning, at den studerende kan se vejleder udføre sygepleje (og ikke blot vejledning).

Vi foreslår en skelnen mellem situationel og metavejledning for at skabe opmærksomhed omkring det ofte oversete forhold, at der praktiseres forskellige typer af vejledning i klinisk praksis. Vi ser en tendens til, at de kliniske undervisere ofte primært udøver det, vi kalder metavejledning. Den situationelle vejledning er således ofte placeret hos det ordinære plejepersonale, også kaldet daglig vejleder.

Når vi anbefaler et større fokus på den faglige stærke situationelle vejledning, skyldes det for det første, at vi ser, at metavejledningen kvantitativt fylder mest i uddannelsesforløbene, men også at den kvalitativt står stærkest, fordi den gennemføres af kliniske vejledere med indsigt i pædagogik og læreprocesser. Den situationelle vejledning gives aktuelt mere tilfældigt af mange forskellige og med svingende fokus på den studerendes behov og progression. Når vi peger på faglig stærk vejledning, er det for at adressere behovet for pædagogisk faglighed i kombination med en stærk sygeplejefaglighed.

Det er i plejesituationen, at de mange hensyn og overvejelser, der kendetegner god sygepleje, viser sig for den studerende. Det unikke og uforudsigelige, der kendetegner en patientsituation, er et centralt aspekt ved det læringspotentiale, som det kliniske læringsrum kan tilbyde den studerende. I det øjeblik vejledningen trækkes væk fra patienten, transformeres situationen og vejleders mulighed for at forbinde konkrete handlinger og færdigheder med situationen, og de særlige hensyn denne måtte kalde på, svækkes. Sat på spidsen er det igennem den situationelle vejledning, at både den studerende og vejlederen får mulighed for at engagere sig i en læreproces, hvor både det kropslige, det kommunikative, det videnskæssige, det reflekterende og det handlende interagerer.

3. Mere fokus på relationer i klinisk læring

Sygeplejerskeuddannelsen udmærker sig ved at være velbeskrevet og velorganiseret. Bestræbelserne på at sikre kvaliteten af klinisk uddannelse både overordnet og i forhold til det enkelte kliniksted er således mange. Institutionaliseringen af funktionerne klinisk underviser og -vejleder vidner om et højt ambitionsniveau på uddannelsens vegne samt om en erkendelse af, at den personlige relation mellem studerende og vejleder er kardinal for læringen. Erfaringerne fra PÅ TVÆRS bekræfter dette. Samtidig har vi i projektet erfaret, at der er et behov for at justere fokus for kvalitetsindsatsen i forhold til at opdyrke et fornyet fokus på relationens betydning for læring.

PÅ TVÆRS har på flere forskellige måder vist, hvor afgørende relationer er for klinisk læring. Dette er på sin vis ikke noget overraskende fund, idet forskellige læringsteorier og tidligere forskning (Roug 2015; Kjær 2014) for længst har peget på det forhold, at læring i bund og grund er et relationelt fænomen. Det overraskende består derfor snarere i en erkendelse af, hvor forholdsvis ringe vilkår de relationelle aspekter af læring har i sygeplejerskeuddannelsen anno 2020. De studerende, der har indgået i PÅ TVÆRS, har været heldigt stillet; de har haft en fast projektklasse, en projektleder, en supervisor og et hold følgeforskere, der har fulgt deres forløb tæt. Projektet har givet dem rum, hvori de har kunnet drøfte deres erfaringer, og hvor de har kunnet spejle sig i hinanden. Rum til at udvikle tillidsfulde relationer, der har kunnet støtte og i enkelte tilfælde bære dem, når de blev slået ud af kurs. Disse muligheder har den ordinære studerende ikke i nær samme grad; både professionshøjskolerne og klinikstederne byder tværtimod på mange og flygtige relationer; herunder dem til medstuderende, kliniske undervisere og vejledere.

Det er projektets erfaringer, at det er et mindretal af de studerende, der oplever at have en klinisk vejleder, der ”forestår og har ansvaret for den kontinuerlige daglige kliniske undervisning og vejledning af studerende”, sådan som det beskrives i uddannelsesbekendtgørelsen §3 stk. 5. Ganske

ofte foregår kontakten til den kliniske vejleder mere på uge- end på daglig basis, og ikke sjældent er den kliniske vejleder en perifer figur for den studerende. Som klinisk vejleder har man ofte ansvar for mange studerende på en gang, og mange indgår ligeledes i normeringen.

Ganske mange studerende oplever, at de ”starter forfra” hver dag, de møder ind i klinik, fordi den sygeplejerske, de skal følges med, ikke nødvendigvis kender til den studerendes forløb (semesterbeskrivelse/læringsmål), det aktuelle læringsbehov eller progressionen hos den enkelte. Erfaringerne fra projektet viser, at de studerende ofte bruger ganske mange kræfter på de mange skift i relationer og på at identificere de kolleger, som de oplever enten kan lære dem noget eller i det mindste gerne vil ”have dem med”. De lærer (ofte gennem egne dårlige erfaringer) hvem de skal navigere uden om, og hvem de kan gå til, når de er usikre og har brug for faglig sparring. Nogle gange er det den kliniske vejleder, de bruger energi på at navigere udenom, og de nyuddannede sygeplejersker, der vælges til, fordi det er dem, der kan hjælpe med at skabe sammenhæng mellem det, der foregår i den specifikke kliniske kontekst og de krav, som stilles i semesterbeskrivelser mm. Andre gange er det den erfarne sygeplejerske med det store overblik og den dybe faglighed, der vælges til. Uanset de konkrete udfald af de studerendes ”læringsstrategier”, er det tydeligt, at de studerende har brug for nogle der ”ser dem”, ”vil dem”, og som de er trygge ved, hvis deres kliniske ophold skal være andet og mere end at ”være med nogen på arbejde”, som en studerende udtrykker det.

Det er ofte den studerende selv, der bærer hovedansvaret for at skabe sammenhæng og progression i læringen ved fx at sige til eller fra i forhold til de mange plejesituationer, der opstår på en dag – hvoraf nogle udgør læringspotentialer. Dette er langt fra enkelt, fordi klinisk praksis er travlt og præget af andre rationaler end de, der kobler sig til læring og uddannelse. Mange kliniksteder er gode til at tage imod de studerende, men på mange kliniksteder er det faste personale så belastede af den store gennemstrømning af studerende, at de studerende oplever sig som en uønsket belastning for personalet. Ofte prioriteres oplæring af nyt personale over de stude-

rendes læreprocesser, hvilket i et kortsigtet perspektiv giver god mening, men i et mere langsigtet perspektiv må siges at være en destruktiv strategi. Mange studerende oplever også mere eller mindre ekspliciterede forventninger til, at de varetager deres del af de ”basisopgaver”, der skal gøres for, at afdelingen fungerer (fx tømme stuer), selvom disse opgaver ikke (længere) rummer det store læringspotentialer for den enkelte. Ofte varetages disse rutineopgaver på bekostning af læringsorienterede aktiviteter, som at læse op på eller reflektere teoretisk over dagens opgaver og oplevelser. Der er også kliniksteder, hvor der hele tiden arbejdes med at finde en bæredygtig balance mellem afsnittet og det øvrige personales behov for, at hverdagen fungerer og de studerendes behov for et progredierende læringsforløb. Læren fra disse kliniksteder er, at det kræver en velfunderet læringskultur, der omfatter hele personalegruppen, samt at den kliniske opgave og uddannelsesopgaven ikke ses som modstridende opgaver.

Skiftende daglige vejledere samt et stigende pres på ressourcerne i klinisk praksis peger på behovet for at gentænke, hvordan relationerne ikke kun i teorien, men også i praksis i højere grad kan komme til at udgøre det fundament for klinisk læring, som reelt fordres, hvis læringsmålsformuleringerne og uddannelsesorganiseringen skal leve op til potentialet og ambitionerne. Det synes vigtigt for det første at tage stilling til, hvilke organisatoriske tiltag, der kræves for at sikre, at relationen mellem den kliniske vejleder reelt udgør det relationelle fundament for læringen, som den er tiltænkt. For det andet anbefaler vi, at man yderligere undersøger og udvikler tiltag til at imødekomme det faste personales mulige oplevelse af, at studerende udgør en belastning i den kliniske hverdag. Er der tale om overbelastning, manglende pædagogiske kompetencer, faglig eller personlig usikkerhed? Uanset svaret bør det overvejes, hvordan den generelle læringskultur kan styrkes, således at både studerende og det øvrige personale oplever afsnittet som et sted, hvor man lærer af hinanden, og hvor der er åbenhed for at adressere behovet for udvikling af både kompetencer og af praksis.

4. Eksplicit støtte til en positiv professionsidentitetsudvikling

Professionsidentitetsudvikling er en proces, der ikke kan kontrolleres – der findes ikke en kvalitetsmekanisme, der ”kan sikre”, at de studerende udvikler en positiv professionsidentitet. Der vil altid være studerende, der falder fra eller som efter endt uddannelse forlader faget. Alligevel viser erfaringerne fra PÅ TVÆRS, at der er al mulig grund til at tage identitetsaspektet ift. uddannelsen meget seriøst og i langt højere grad at give det plads i uddannelsestænkningen og gennemførelsen af klinisk uddannelse; fx ved at adressere det i både den situationelle vejledning og metavejledningen.

Den aktuelle læringsmålsstyrede uddannelsestænkning sikrer, at alle uddannelsesaktiviteter bidrager til den overordnede kompetenceprofil. Men den sikrer ikke, at man som studerende udvikler sig ind i sygeplejen og ikke væk fra den. Professionsidentiteten rammes ikke af læringsmålbeskrivelserne. Den kan ikke trænes, ikke måles, ikke afprøves.

Set fra samfundets perspektiv er det således problematisk, når en studerende eller nyuddannet ender med et fravalg i stedet for et tilvalg af sygepleje. Det gode kliniske læringsforløb rummer naturligvis ikke hele svaret på, hvordan dette forhindres – men det udgør en særdeles vigtig brik, fordi den har potentialet til at udvikle – eller afvikle – professionsidentiteten og dermed engagementet i sygeplejen.

5. Kontinuerligt fokus på læring som videnspraksis

PÅ TVÆRS har gjort det muligt at arbejde vedholdende og vidensbaseret med læring og uddannelseskvalitet i et tæt og forpligtende samarbejde mellem uddannelsesorganisering, klinik og forskning. Projektet er særegent både i kraft af sin organisering, varighed og ambition om at koble udvikling og vidensproduktion – uden at kræve garanti for ”implementerbar” resul-

tater. Det er sjældent, modigt – og nødvendigt. Nødvendigt fordi uddannelse i regi af sundhedsvæsenet hele tiden forandrer sig i kraft af de forandringer, der finder sted i den mangfoldighed af kliniske praksisser, som ”væsenet” udgør. Derfor er det også væsentligt at fastholde og videreudvikle bestræbelserne på at udvikle sygeplejerskeuddannelsen – og sundhedsuddannelserne mere generelt – som et vidensfelt. Vellykkede læreprocesser kan ikke tages for givet, og det er ikke nok at have en vel fungerende uddannelsesorganisation for at sikre, at de studerende udvikler sig til dygtige fagprofessionelle. Vi anbefaler således, at de bestræbelser, der har været båret af PÅ TVÆRS’ projektorganisering, gøres til en fast bestanddel af både den lokale og den nationale uddannelsespraksis. Det er kun ved at skabe og bruge viden og gennem grundige analyser, at vi bliver klogere på, hvad ”kvalitet” i uddannelse og læring faktisk indebærer, og på hvordan vi faktisk kan arbejde henimod et fælles mål om uddannelse i topklasse.

Kahoot?

17.08.19

BELLA

JEG ER
EKSPERT I
DET DER
PÅ TVÆRS!

TILLYKKE!

DIPLOM

XXV XXX-

PÅ TVÆRS

de de

HURRA
HURRA
HURRAAA !!

& TAK!

- ABDEL
- AMANDA
- ANNA INGER
- CAMILLA S
- CAMILLA J
- CECILIE
- CHARLOTTE
- CHRISTIAN
- EMILY
- HENRIK
- IDA
- JACOB
- KATRINE
- KIA
- LAURA
- LINE

- NICHOLINE
- NIKOLINE
- PERNILLE
- CAMILLA
- JONAS
- NANNA



RUC

Egedal
Kommune

REGION
H

Psykatri

REGION
H

Rigshospitalet

RUDERSDAL
KOMMUNE

GLADSAXE

tegnet af

TANKESTREG.DK

APPENDIX

PÅ TVÆRS samarbejds-partnerne og aktører

Rigshospitalets direktion repræsenteret ved Helen Bernt Andersen har været projektejer og Betina Wilhjem har som den øverste ansvarlig for klinisk uddannelse på Rigshospitalet haft funktion af projektleder og haft ansvar for samarbejdet med de psykiatriske og kommunale kliniksteder, som har været med i projektet. Fra Rigshospitalet har Abdominalcentret, Juliane Marie Centret, Finsenscentret, Hjertecentret, Hovedortocentret og Neurocentret stillet klinikpladser, kliniske vejledere og undervisere til rådighed.

RUC har været forskningsansvarlig projektpartner.

København Professionshøjskole den tidligere Professionshøjskole Metropol har medvirket i projektet ved at stille det hold, som vi har døbt ”projektklassen” til rådighed for projektet og indgået i et koordinerende samarbejde herom.

Referencegruppe (KURS):

Betina Wilhjem, Rigshospitalet,
Direktionssekretariat
Lene Rostgaard Andersen, Rigshospitalets,
Direktionssekretariat og senere
Bolette Holck, Rigshospitalets,
Direktionssekretariat
Susanne Abel Bonde, Rigshospitalet,
NEU og senere Lene Rostgaard,
Rigshospitalet, NEU
Elisabeth Sievers, Rigshospitalet, HJE
Charlotte Nimand Hansen,
Rigshospitalet, FIN
Lis Suhr, Rigshospitalet, ABD
Bodil Pille, Rigshospitalet, JMC
Anne Frandsen, Rigshospitalet, HOC

Styregruppe PÅ TVÆRS:

Helen Bernt Andersen, Rigshospitalet,
Sygeplejedirektør og projektejer, RH
Betina Wilhjem, Rigshospitalet,
projektleder
Marianne Tewes, Rigshospitalet,
Centerchefsygeplejerske HJE
Lone Koch, Rigshospitalet, Centerchef-
sygeplejerske ABD
Betina Dybbroe, Roskilde Universitets
Center, Professor (i projektet til nov 2018)
Sine Lehn-Christiansen, Roskilde
Universitets Center, Lektor
Mari Holen, Roskilde Universitets
Center, Lektor

Inger Kuch Poulsen, Region Hovedstadens
Psykiatri, Uddannelseskonsulent
Sanne Møller Knudsen, Center for HR,
Sektionschef og tidligere Anne Bondesen,
Center for HR, Sektionschef

Louise Øster Hyltoft, Rudersdal
Kommune, Ledende uddannelseskon-
sulent, (kortvarigt)

Lisbet Madsen, Københavns Professions-
højskolen (tidligere Professionshøjskolen
Metropol), Uddannelsesleder

Hanne Sonne Riis, Københavns Professions-
højskolen (tidligere Professionshøjskolen
Metropol) Klinisk koordinator, KKE

Henrik Gustavo Capetillo, Studerende
september 2015- januar 2019, klassere-
præsentant, Københavns Professions-
højskolen (tidligere Professionshøjskolen
Metropol)

Projektkoordinator:

Patricia Agerup, KKE, Professions-
højskolen Metropol (projektets
første år)

Sekretær bistand,

Direktionssekretariatet:

Helle Pries Lund, Rigshospitalet,
Direktionssekretær

Tine Gertz Miles, Rigshospitalet,
Direktionssekretær, RH

Charleen Bjerregaard, Rigshospitalet,
Sekretærelev, RH

Amalie Madsen, Rigshospitalet,
Sekretærelev, RH

KOMMUNALE OG PSYKIATRISKE

SAMARBEJDSPARTNERE:

Primær sundhedssektor:

Rudersdal Kommune
Frederikssund Kommune
Egedal Kommune
Gadsaxe Kommune

Region Hovedstadens Psykiatri:

PC Ballerup
PC København
PC Sankt Hans

Kontaktpersoner i primær og psykiatrisk sektor:

Connie Chomus Justsen, Rudersdal
Kommune

Eva Larsen, Rudersdal Kommune

Birte Dahl Hesche, Frederikssund
Kommune

Lone Thøssing, Gadsaxe Kommune

Jeanette Grefstad, Egedal Kommune

Solveig Østergaard, PC Ballerup

Helle Bachmann Lehm,

PC København

Hilda Middelbroe, PC Sankt Hans

EKSPERIMENT 1 – SUNDHEDS- FAGLIG SUPERVISION (SFS)

Delprojektledere:

Annette Sørensen, Rigshospitalet,
JMC (2015-August 2018)

Bolette Holck, Rigshospitalet, Direktions-
sekretariatet (August 2018-Januar 2019)

Eksperiment- og aktionsteam:

Solveig Østergaard, PC Ballerup

Inge Laugesen, PC Ballerup (fra 4. Modul)

Britta Drostby, Rigshospitalet, HOC,

Klinik for plastikkirurgi og brandsårs-
behandling

Connie Larsen, Københavns Professions-
højskole (tidligere Professionshøjskolen
Metropol)

Claire Welsh, Rigshospitalet, JMC
(udgår af projektet efter 4. modul)

Bolette Holck, Rigshospitalet, NEU
og Direktionssekretariatet

EKSPERIMENT 2 – PÆDAGOGISK REFLEKSIONSMODEL (PRM)

Delprojektleder:

Bettina Voergaard Poulsen,
Rigshospitalet, HJE

Eksperimentteam:

Mette Skriver, Rigshospitalet, HJE
Elisabeth Sievers, Rigshospitalet, HJE
Camilla Lucht, Rigshospitalet, HJE
Stine Persson, Rigshospitalet, HJE
Betina Helmer, Rigshospitalet, HJE
Lise Kofoed, Rigshospitalet, ABD
Lotte Hørby, Rigshospitalet, ABD
Bodil Pille, Rigshospitalet, JMC
Gry Tange, Rigshospitalet, HOC
Rene Poulsen, Rigshospitalet, FIN
Liselotte Gran, Rigshospitalet, NEU
Hilda Middelboe, PC Sankt Hans
Isabel Skat-Rørdam, PC København
(fra modul 8-6)
Mette Sønderholm, PC København
(fra modul 6-8)
Hanna Carlsen Maak, PC Ballerup
(fra modul 6-8)

Aktionsteam:

Isabel Skat-Rørdam, PC København
Mette Sønderholm, PC København
Camilla Kamma Rubin, PC København
(udgår tidligt i projektforløbet)
Linda Ifversson, PC København
Helle Bachmann, PC København
Songklod Agner, PC København
Hanna Carlsen Maak, PC Ballerup
(fra modul 6-8)
Lars Troels Lastrup, PC Ballerup
Solveig Østergaard, PC Ballerup
Hilda Middelboe, PC Sankt Hans
Helene Helsø, PC Sankt Hans
Lotte Hørby, Rigshospitalet, ABD
Janne Rasmussen, Rigshospitalet, ABD
Nina Scherning, Rigshospitalet, ABD
Lise Kofoed, Rigshospitalet, ABD

Pia Anhøj, Rigshospitalet, ABD
Julie Jacoby, Rigshospitalet, NEU
(kortvarigt)
Rosemarie Jakobsen, Rigshospitalet, ABD
Birgitte Engstrøm, Rigshospitalet, NEU
Helene Osterman Knudsen, Rigs-
hospitalet, NEU
Liselotte Gran, Rigshospitalet, NEU
Helle Andersen, Rigshospitalet, NEU
Lene Rostgaard, Rigshospitalet, NEU
Anette Sørensen, Rigshospitalet, JMC,
Bodil Pille, Rigshospitalet, JMC
Claire Welsh, Rigshospitalet, JMC
Pernille Sejr Olsen, Rigshospitalet, JMC
Martha Krogh Topperzer, Rigs-
hospitalet, JMC
Nina Frøling Christensen, Rigs-
hospitalet, JMC
Emilie Gyldenøhr, Rigshospitalet, JMC
Lisbeth Posse, Rigshospitalet, JMC
Katja Jørgensen, Rigshospitalet, JMC
Anne Toft Krog, Rigshospitalet, FIN
René Poulsen, Rigshospitalet, FIN
Anne Frandsen, Rigshospitalet, HOC
Britta Drostby, Rigshospitalet, HOC
Kamilla Petschnig, Rigshospitalet, HOC
Gry Tange, Rigshospitalet, HOC
Jeanette Grefstad, Egedal Kommune
Line Green Most, Egedal Kommune
Birthe Dahl Heshe, Frederiksund Kommune
Christina Ryel, Gladsaxe Kommune
Agnete Sørensen, Gladsaxe Kommune
Benedikte Rasmussen, Gladsaxe Kommune
Rikke Maria Rytter Maegaard, Rigs-
hospitalet, HJE
Camilla Agerskov Dichman, Rigs-
hospitalet, HJE
Maj Grüener Nielsen, Rigshospitalet, HJE
Mette Skriver, Rigshospitalet, HJE
Lule Hemmingsen, Rigshospitalet, HJE
Fie Witzel, Rigshospitalet, HJE
Bettina Voergaard Poulsen, Rigs-
hospitalet, HJE

EKSPERIMENT 3 – SIMULATION OG KLINISK FRÆDIGHEDS- TRÆNING (SIM)

Delprojektleder:

Anne Frandsen, Rigshospitalet, HOC

Eksperiment og aktionsteam:

Martha Topperzer, Rigshospitalet, JMC
(udgik af projektet før afslutning)
Helle Bischoff, Rigshospitalet, ABD
Trine Mechta Nielsen, Rigshospitalet, ABD
Anne-Marie Juul Elsborg, Rigshospitalet,
FIN (udgik af projektet før afslutning)
Pernille Kjær Svendsen, Rigshospitalet,
HOC (udgik af projektet før afslutning)
Birgitte Engstrøm, Rigshospitalet, NEU
(udgik af projektet før afslutning)
Rikke Würtz, Rigshospitalet, HJE
(udgik af projektet før afslutning)
Lene Rostgaard Andersen, Rigshospitalet,
NEU

Deltagere fra primær sektor i udvikling og gennemførelse af workshop modul 8/6:

Christina Ryel, Gladsaxe Kommune
Connie, Rudersdal Kommune
Eva, Rudersdal Kommune
Agnete (Nete), Gladsaxe Kommune
Jeanette Grefstad, Egedal Kommune
Lone Thøsing, Gladsaxe Kommune

Ekstra kliniske undervisere indkaldt til afvikling af eksperimentet modul 6/8:

Stine Vipholm, Rigshospitalet, HJE
Bodil Pille, Rigshospitalet, JMC

Ekstra deltagere til 6. sem. indsatsens udvikling og gennemførelse:

Hilda Middelboe, PC Sankt Hans,
PRM repræsentant
Gry Tange, Rigshospitalet, HOC,
PRM repræsentant

EKSPERIMENT 4 – MEDICIN- HÅNDTERING OG FARMAKOLOGISKE KOMPETENCER (FAM)

Delprojektleder:

Lis Suhr - Rigshospitalet, ABD
Betina Wilhjelm – Rigshospitalet,
Direktionssekretariat

Eksperiment- og aktionsteam:

Lis Suhr, Rigshospitalet, ABD
Betina Wilhjelm, Rigshospitalet,
Direktionssekretariat
Susanne Langesø Hansen, Rigshospitalet,
HOC
Anne M. Rasmussen, Rigshospitalet, FIN
Bodil Pille, Rigshospitalet, JMC
Camilla Lucht, Rigshospitalet, HJE
Charlotte N. Hansen, Rigshospitalet, FIN
Anne Grete Madsen, Rigshospitalet, FIN
Helene Osterman Knudsen,
Rigshospitalet, NEU
Tine Limkilde, Rigshospitalet, NEU
Anne toft Krogh, Rigshospitalet, FIN
Birthe Dahl Heshe, Frederikssund
Kommune
Louise Øster Hyltoft, Rudersdal K
(udgår af projektet efter kort tid)
Cecilie Buch Rasmussen, Center for HR

Bilag A

Nedenstående skemaer giver et overblik over de aktioner der har involveret de studerende undervejs i projektet. Eksperimenterne har alle været aktive i de kliniske Moduler, medens Supervision har været aktivt i såvel de teoretiske som kliniske Moduler, dog med en større intensitet i de kliniske.

Aktioner for studerende, 1. semester. Modul 1 og 2

	Sundhedsfaglig supervision (SFS)	Den Pædagogiske Refleksionsmodel (PRM)	Simulation- og klinisk færdighedstræning (SIM)	Medicin håndtering og farmakologiske kompetencer (FAM)	Følge forskning
Introduktion til projekt PÅ TVÆRS, incl. de fire eksperimenter (Modul 1)	Introduktion af supervision (Modul 1) 2 supervisioner (Modul 1)	Introduktion af PRM (Modul 2)	SIM-scenarie i grundlæggende observationer og patient-kommunikation (Modul 2)	Observation og kommunikation med patienter ift. medicin (Modul 1)	Fokusgruppe-interview med samtlige studerende i mindre grupper (Modul 1)
Delfievaluering med projektleder efter hvert modul/semester	3 supervisioner (Modul 2)			Integreret i SIM-scenarie (Modul 2)	Individuelle interview med studerende (Modul 1)
Klassens time ved hvert semesters start og slut					Feltobservationer i klinik (Modul 2)

Aktioner for studerende, 2. semester. Modul 3 og 4

	Sundhedsfaglig supervision (SFS)	Den Pædagogiske Refleksionsmodel (PRM)	Simulation- og klinisk færdighedstræning (SIM)	Medicin håndtering og farmakologiske kompetencer (FAM)	Følge forskning
	1 supervision (Modul 3)	2 planlagte kollektive refleksioner faciliteret af kliniske undervisere i afdelingen (Modul 4)	Færdighedstræning om personlig hygiejne (Modul 4)	Introduktion til medicinlogbog (Modul 4)	Individuelle interview med studerende (Modul 4)
	3 supervisioner (Modul 4)		SIM-scenarie med fokus på klinisk vurdering med ABCDE principper og inddragelse af patientens ønsker og behov (Modul 4)	Skriftlig refleksion i logbogen (Modul 4)	Feltobservationer i klinik (Modul 4)
	Workshop (Modul 4)				

Aktioner for studerende, 3. semester. Modul 5 og 7 (teoretiske moduler)

	Sundhedsfaglig supervision (SFS)	Den Pædagogiske Refleksionsmodel (PRM)	Simulation- og klinisk færdighedstræning (SIM)	Medicin håndtering og farmakologiske kompetencer (FAM)	Følge forskning
Certificering af kliniske undervisere- og vejledere i psykiatri og primær kommuner	1 Supervision, i hvert Modul				Fokusgruppeinterview med samtlige studerende i mindre grupper (Modul 5)
					Individuelle interview med studerende (Modul 5)

Aktioner for studerende, 4. semester. Modul 8 (psykiatri) og 6 (primær kommune)

	Sundhedsfaglig supervision (SFS)	Den Pædagogiske Refleksionsmodel (PRM)	Simulation- og klinisk færdighedstræning (SIM)	Medicin håndtering og farmakologiske kompetencer (FAM)	Følge forskning
	2 Supervisioner (Modul 8)	Refleksions øvelser i klinikken med certificerede kliniske undervisere		Skriftlig refleksion i logbogen (Modul 8)	Individuelle interview med studerende (Modul 6 og 8)
	2 Supervisioner (Modul 6)	Fælles workshop med fokus på tværsektorielt samarbejde. 1. dag udvikle kliniske undervisere på tværs af sektorer fælles SIM og PRM øvelser.	Fælles workshop med fokus på tværsektorielt samarbejde. 1. dag udvikle kliniske undervisere på tværs af sektorer fælles SIM og PRM øvelser.	Skriftlig refleksion i logbogen (Modul 6)	Feltobservationer i klinik (Modul 6 og 8)
		2. dag færdiggjorde og planlagde eksperimentteamet den efterfølgende øvelseskoncept	2. dag færdiggjorde og planlagde eksperimentteamet den efterfølgende øvelseskoncept		
		3. dag blev øvelseskonceptet afprøvet med de studerende, med efterfølgende fælles refleksion på tværs af studerende, forskere og kliniske undervisere.	3. dag blev øvelseskonceptet afprøvet med de studerende, med efterfølgende fælles refleksion på tværs af studerende, forskere og kliniske undervisere.		

Aktioner for studerende, 5. semester (Uddannelsen overgik til semester inddeling efter Modul 8)

	Sundhedsfaglig supervision (SFS)	Den Pædagogiske Refleksionsmodel (PRM)	Simulation- og klinisk færdighedstræning (SIM)	Medicin håndtering og farmakologiske kompetencer (FAM)	Følge forskning
Undersøgelse af de studerende kliniske færdigheder der afstedkom tilbudsundervisning som langt de fleste studerende deltog i	1-2 Supervisioner efter de studerendes eget valg		Tilbudsundervisning i: · Ernæring/ mundpleje og sondeanlæggelse · Urinvejene og blærekateter anlæggelse · Respiration og cirkulation · Sårpleje,- behandling,- observation og -vurdering (FAM)	Tilbudsundervisning i farmakologi inkl. medicinregning. 6 workshops af 2 lektioner	Fokusgruppe-interview med samtlige studerende i mindre grupper
				Skriftlig refleksion i logbogen (5. semester)	Individuelle interview med studerende

Aktioner for studerende, 6. semester. Studerende i klinik.

(To studerende i primær kommune, to studerende i psykiatri, resterende i somatik på Rigshospitalet)

	Sundhedsfaglig supervision (SFS)	Den Pædagogiske Refleksionsmodel (PRM)	Simulation- og klinisk færdighedstræning (SIM)	Medicin håndtering og farmakologiske kompetencer (FAM)	Følge forskning
	4 supervisioner	Langt de fleste studerende anvendte aktivt PRM i patientsituationer hvor der skulle træffes kliniske beslutninger		2 dages Medicinkursus med inddragelse af PRM	Feltobservationer i klinik
Fælles workshop for studerende, forskere og kliniske undervisere/ uddannelsesansvarlig hvor vi sammen reflekterede over sammenhængende forløb på tværs af sektorer.		Simulations aktion med fokus på sektorovergange og sammenhængende patientforløb med inddragelse af PRM	Simulations aktion med fokus på sektorovergange og sammenhængende patientforløb med inddragelse af PRM	Skriftlig refleksion i logbogen	Individuelle interview med studerende

Aktioner for studerende, 7. semester

	Sundhedsfaglig supervision (SFS)	Den Pædagogiske Refleksionsmodel (PRM)	Simulation- og klinisk færdig- hedstræning (SIM)	Medicin hånd- tering og farmakologiske kompetencer (FAM)	Følge forskning
Afslutnings- konference med alle involverede aktører, hvor alle fik mulig- hed for at præsen- tere den læring der var kommet ud af projektet. Studerende mod- tog diplomer for deltagelse og en efterfølgende fest.	Supervision efter eget valg, 2 gange				Fokusgruppe- interview med samtlige studerende i mindre grupper
					Individuelle interview med studerende

Bilag B

Forskningsværksted med somatik, primær og psykiatri i PÅ TVÆRS

Formål:

PÅ TVÆRS arrangerer et forskningsværksted, bestående af to dage i december 2016 og en dag i februar 2017.

Hovedformålet er to-delt: 1) at skabe ny viden og refleksion hos kliniske undervisere og vejledere over klinisk uddannelse i og imellem forskellige kliniske kontekster og 2) at skabe sammenhæng for de studerende fra deres sidste kliniske periode på modul 4 til deres kliniske perioder i hhv. modul 8 (psykiatri) og modul 6 (primær). I den forbindelse er formålet også at afprøve PÅ TVÆRS-projektets pædagogiske eksperimenter i de kliniske moduler i psykiatri og primær ektor.

Værkstedsdagene finder sted:

8. december 2016

Tid: kl. 9-16

Sted: RUC (oplysning om lokale følger)

12. december 2016

Tid: Møde- og sluttid aftales i arbejdsgrupperne den 8. december

Sted: Klinisk Laboratorium for Sygeplejestuderende, afsnit 7511, Ole Maaløesvej 20, 2100 København Ø

20. februar 2017

Tid: kl. 9-16

Sted: Hammershusgade 11, 2100 København Ø

Alle dage er med fuld forplejning.

Deltagere og mål med værkstedsdagene:

Den **8. december** deltager repræsentanter fra primær og psykiatri (Kliniske undervisere/kliniske vejledere), medlemmerne af eksperimentteams'ne, projektledergruppen foruden projektets to følgeforskere – max 40 deltagere.

På denne dag skabes fælles viden om klinisk uddannelse i og på tværs af sektorer. De første skitser til hhv. en PRM-refleksion og et SIM-scenarie, der skal afprøves med de studerende i februar udvikles ligeledes denne dag.

Skitserne færdigudvikles på møder i arbejdsgrupperne den **12. december** med hhv. delprojektleder Anne Frandsen (PRM) og delprojektleder Bettina Voergaard Poulsen (PRM) som tovholdere.

Den **20. februar** mødes arbejdsgrupper, projektklassen samt repræsentanter fra både primær, psykiatri og somatik. Formålet med denne dag er at afprøve og evaluere de to nye undervisningsaktiviteter. Behovet for fremmøde kendes endnu ikke men besluttet i forbindelse med værkstedsdagene 8. og 12. december.

Baggrund:

Som forberedelse til værkstedet mødtes en gruppe af kliniske vejledere fra primær(4) med projektledergruppen i PÅ TVÆRS samt følgeforskerne i forsommeren 2016 og efterfølgende mødtes en forsker og projektleder med kliniske vejledere fra psykiatri(3) i eftersommeren 2016 til to indledende møder, hvor projektets idé til et forskningsværksted blev fremlagt.

I september 2016 blev der afholdt et fælles arbejdsseminar for projektledergruppen i PÅ TVÆRS, hvor forskere og projektets kontaktpersoner fra primær og psykiatri var deltagere. Deltagerne identificerede her en lang række tematikker eller karakteristika, som de anså som vigtige i forhold til sygepleje i og på tværs af de tre sektorer (gengivet her i forkortet form):

- 1: Patient. Patientroller/borgerroller, begreber, multisygdom – når somatiske patienter har psykiatriske problemstillinger og modsat. Kronisk sygdom; hvornår er man patient og hvornår er man ikke? Hospitalskonteksten kontra hjemmet som ramme. Hvad betyder det?
- 2: Tværsektorielt samarbejde. Hvornår starter den ene sektor og slutter den anden? Hvilket sprog bruges i de forskellige sektorer og med hvilke konsekvenser? Hvordan omtaler og samarbejder de forskellige instanser som patienter/borgere kommer i kontakt med? Hvordan samarbejder sektorerne internt.
- 3: Professionsidentitet. Sprog, at være professionel, klinisk ledelse og klinisk beslutningstagen. Hvilke grundlæggende værdier og fagkundskaber hviler faget på?

Projektklassen er aktuelt i gang med modul 5, hvorefter de skal have modul 7 med start 14. november. De studerende havde modul 4 i foråret 2016 og skal i foråret 2017 have (i nævnte rækkefølge) modul 8 og modul 6. Det er disse kliniske moduler forskningsværkstedet vil arbejde på at skabe sammenhæng mellem. Samtidig skal vi have de moduler, de studerende aktuelt er beskæftiget med (5 og 7), i baghovedet, fordi vi ved at det, de studerende arbejder med aktuelt, står særlig tydeligt for dem og det er således en vigtig del af deres *deltagerforudsætninger*. En anden vigtig del af deres deltagerforudsætninger er, at de stadig er relativt

nye i sygeplejefaget og derfor i overvejende grad arbejder med grundlæggende sygepleje. Dertil kommer, at de studerende ikke har kendskab til sygepleje i en psykiatrisk og primær kontekst på nær dem, som har arbejds erfaringer i relationer til disse kontekster eller kortvarigt har været der ifm. modul 1, hvilket gør at de fleste ikke ved, hvad der forventes af dem her, og hvad de kan forvente at møde af nye udfordringer.

De studerende har gennem hele deres uddannelse været deltagere i PÅ TVÆRS projektet, hvor vi har arbejdet med forskellige pædagogiske eksperimenter (Sundhedsfaglig supervision, PRM, simulation og medicin håndtering og farmakologiske handlekompetencer), eksperimenterne med deres forskellige aktioner, er tænkt til at hjælpe på sammenhængen mellem de kliniske moduler. De pædagogiske eksperimenter er primært udviklet og formet af Rigshospitalet som klinisk uddannelsessted. Hvis eksperimenterne for alvor skal skabe sammenhæng for de studerende kræver det, at de tages i anvendelse af de studerende og deres vejledere i de andre kliniske kontekster (psykiatri og primær).

Den første værkstedsdag den 8. december skal fortrinsvis bruges til at udvikle en fælles vidensplatform og generere gode ideer, der kan bruges til at udvikle et simulationsscenario med udgangspunkt i primær sektor og en PRM-refleksion med udgangspunkt i en psykiatrisk patient- problemstilling.

Den anden værkstedsdag den 12. december mødes to arbejdsgrupper og færdiggør de to læringsaktiviteter, således at de så vidt muligt er klar til, at de kan afprøves med de studerende den 20. februar 2017, de studerende er på dette tidspunkt i gang med modul 8. Det er forslaget, at denne dag erstatter den fastlagte studieaktivitet på modulet eller har et klinikforberedende formål.

Program

Dato: 8. december kl. 9-16 Sted: RUC (lokale oplyses senere)	RUC
9.00-9.15	God morgen og velkommen Præsentation af formålet med dagen
9.15-9.45	Temaer/karakteristika i klinisk uddannelse – hvad ved vi allerede? Oplæg v/Sine Lehn-Christiansen og Mari Holen, forskere
9.45-10.15	Gruppearbejde: Hvilke temaer/karakteristika er der ved klinisk uddannelse i de enkelte sektorer – forskelle og ligheder. Fælles opsamling
10.30-10.45	Hvad vil det sige at være patient – inspirationsoplæg v/Mari Holen
10.45-11.15	Gruppearbejde: Hvilke patientforståelser er der i de enkelte sektorer? Identifikation af udfordringer. Fælles opsamling
11.15-11.30	Tværsektorielt arbejde – inspirationsoplæg ved Sine Lehn-Christiansen
11.30-12.00	Gruppearbejde: Klinisk uddannelse på tværs af sektorer – hvad er vigtigt at lære? Fælles opsamling
12.00-12.45	Frokost og networking på tværs
12.45-13.00	Sammenhæng via genkendelige metoder. Oplæg om projektets eksperimenter og visioner v/Betina Wilhelm, projektleder
13.00-15.00	Inddeling af deltagerne i 6 grupper á 5-6 deltagere (deltagere på tværs af positioner og sektorer). Halvdelen af grupperne udvikler ideskitse til SIM-senariet i primærsektor og den anden halvdel arbejder med idegenerering faglig kvalificering af PRM refleksion med udgangspunkt i psykiatrisk patientcase
15.00-16.00	Arbejdsgrupperne fremlægger deres ideer i plenum. Fælles opsamling og kaffe.
16.00	Farvel og tak for i dag

Dato: 12. december kl. (aftales den 8. december)

Møde i arbejdsgrupper og færdigudvikling af undervisningen

Sted: Klinisk Lærings Laboratorium, KLS, Ole Maaløesvej 20, 2200 Kbh.N

9.00-? Arbejdsgrupperne mødes og færdiggør de to undervisningsforløb.

Dato: 20. februar 2017, kl. 9-16
RUC

Sted: Hammershus-
gade 11, 2100 Kbh.N. Ø

9.00-9.15 God morgen og velkommen
Præsentation af formålet med dagen

9.15-11.30 **SIMULATION:**
De studerende gennemfører SIM-scenariet inkl. debriefing i 6 grupper. SIM-gruppen faciliterer

11.30-12.00	<p>Metarefleksion i plenum</p> <p>To studerende, en klinisk underviser/klinisk vejleder fra hver af sektorerne reflekterer sammen med en fra projektledergruppen og en følgeforsker sammen om, hvad der var læringen af situationen.</p> <p>Hvilke indblik giver den i:</p> <p>Borger/patient-forståelser</p> <p>De studerendes udvikling af professionsidentitet</p> <p>Tværsektorielt samarbejde</p> <p>Facilitatorer: Sine/Mari</p>
12.00-12.45	Frokost
12.45-15.15 Inkl. pauser	<p>PRM – refleksionsmodellen.</p> <p>De 6 grupper gennemfører en PRM-refleksion.</p> <p>Facilitatorer: Eksperimentteamet fra PÅ TVÆRS</p>
15.15-15.45	<p>Metarefleksion og kaffe:</p> <p>To studerende, en klinisk underviser/klinisk vejleder fra hver af sektorerne reflekterer sammen med en fra projektledergruppen og en følgeforsker sammen om, hvad der var læringen af situationen. Hvad kan vi lære af denne læringsaktivitet?</p> <p>Hvilke indblik giver den i</p> <p>Borger/patient-forståelser</p> <p>De studerendes udvikling af professionsidentitet</p> <p>Tværsektorielt samarbejde</p> <p>Facilitatorer: Sine/Mari</p>
15.45-16.00	Opsamling af dagen og tak for i dag v. Mari, Sine og Betina

Opgaver og ansvarsfordeling

De klinisk uddannelsesansvarlige (projektets kontaktpersoner fra de enkelte sektorer) har ansvar for at udpege en – to deltagere for hvert undervisningssted. Disse skal kunne deltage hele dagen den 8. december og i det opfølgende møde den 12. december. Der udpeges et mindre antal repræsentanter fra primær og to fra psykiatri, der kan deltage den 20. februar 2017, hvor vi afprøver de nyudviklede pædagogiske læringsaktiviteter med de studerende.

Ansaret for udvikling af hhv. PRM-refleksion og SIM-scenarie ligger hos de respektive eksperimentteams i PÅ TVÆRS. Deltagerne fra primær og psykiatri bidrager med viden om praksis og bud på mulig

teori. Det er således også eksperimentteams'ne, der har hovedansvaret for afviklingen af øvelserne med de studerende når vi mødes i februar.

Sine og Mari har ansvaret for den praktiske afvikling af den 8. december (lokaler, forplejning). Anne Frandsen og Bettina Poulsen har ansvaret for arrangement af opfølgende møde d. 12. december. Betina Wilhjelm har ansvaret for den praktiske planlægning og afvikling af februar-arrangementet herunder kontakten til de studerende, mødepligt-skemaer, udsendelse af materialer i god tid, anskaffelse af rekvisitter, forplejning etc.

Litteratur

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Aggarwal, R., Mytton, O. T., Derbrew, M., Hananel, D., Heydenburg, M., Issenberg, B. & Reznick, R. (2010). Training and simulation for patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 19(2), 34–43. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.038562>
- Allan, H. T., Magnusson, C., Horton, K., Evans, K., Ball, E., Curtis, K., & Johnson, M. (2015). People, liminal spaces and experience: Understanding recontextualisation of knowledge for newly qualified nurses. *Nurse Education Today*, 35(2), 78–83.
- Andersen, H. L., & Jacobsen, J. C. (2012). *Uddannelseskvalitet i en globaliseret verden: vidensøkonomiens indtog i de videregående uddannelser – Royal Danish Library*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Andersson, C. S., Danielsson, A., Hov, R. & Athlin, E. (2013). Expectation and experiences of group supervision: Swedish and Norwegian preceptors' perspective. *Journal of Nursing Management*, Issue 21, 263–272.
- Arvidsson, B., Skärsäter, I., Öijervall, J. & Fridlund, B. (2008). Process-oriented group supervision implemented during nursing education: nurses' conception 1 year after their nursing degree. *Journal of Nursing Management*, Issue 16, 868–875.
- Bacchi, C. (2009): *Analysing Policy: What's the problem represented to be?* Frenchs Forest: Pearson Australia.
- Bacchi, C., & Goodwin, S. (2016): *Poststructural Policy Analysis*. New York: Palgrave Macmillian
- Bakken, R., Brinckmann, A., Haukelien, H., Kroken, H., & Vike, H. (2002). *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal.
- Bernstein, B. B. (2000). *Pedagogy, symbolic control, and identity: theory, research, critique*. Lanham Md.: Rowman & Littlefield Publishers.
- Biggs, J. B. (2003). *Teaching for Quality Learning at University* (2nd ed.). The Society for Research into Higher Education & Open University Press.
- Billett, S., Newton, J., Rogers, G., & Noble, C. (Eds.). (2019). *Augmenting Health and Social Care Students' Clinical Learning Experiences*. Cham: Springer International Publishing.
- Bisgaard, J. (2018). *Praktikkens didaktik: hvordan styrkes lærlinge og studerendes engagement og læring i praktik?* DPU, Aarhus Universitet.
- Blom, B., Evertsson, L., & Perlinski, M. (2017). *Social and caring professions in European welfare states: policies, services and professional practices*. Bristol: Policy Press.
- Borgnakke, K. (Ed.). (2014). *Vekselvirkninger og samspil: mellem teoretiske og kliniske studier i sygeplejerskeuddannelsen*. Århus: ViaSysteme.
- Bourbonnais et al. (2014). Teaching successful medication administration today: More than just knowing your "rights". *Nurse Education in Practice*, (14). 391–395
- Bradbury, H., Frost, N., Kilminster, S., & Zukas, M. (2010). *Beyond reflective practice: new approaches to professional lifelong learning*. New York: Routledge.
- Brinkmann, S. (2010). Etik i en kvalitativ verden. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder: en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag. 429–445
- Buthelezi, S. F., Fakude, L. P., Martin, P. D., & Daniels, F. M. (2015). Clinical learning experiences of male nursing students in a Bachelor of Nursing programme: Strategies to overcome challenges. *Curationis*, 38(2), <https://doi.org/10.4102/curationis.v38i2.1517>

- Ceci, C., Pols, A. J. & Purkis, M. (2017). Privileging practices: Manifesto for "new nursing studies." In T. Foth, D. Holmes, M. Hülsken-Giessler, S. Kreutzer, & H. Remmers (Eds.), *Critical Approaches in Nursing Theory and Nursing Research: Implications for Nursing Practice*, 51–68. <https://doi.org/10.14220/9783737005128>
- Coghlan, D., & Brannick, T. (2014). *Doing action research in your own organization* (4th ed.). London: Sage Publications.
- Czarniawska-Joerges, B., & Sevón, G. (1996). Travels of Ideas. In B. Czarniawska-Joerges & G. Sevón (Eds.), *Translating Organizational Change*. Berlin: Walter de Gruyter. 13–33
- Dall'Alba, G. (2009). *Learning to be Professionals*. London: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-90-481-2608-8>
- Danske Regioner. (2012): *Kvalitet i fremtidens sundhedsuddannelser*. <http://www.regioner.dk/media/2985/2012-kvalitet-i-fremtidens-sundhedsuddannelser.pdf>
- Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Årsberetning 2015. <http://www.dpsd.dk/Global/News%20module/2016/4/DPSD%20Arsberetning.aspx?pid={1C2C628A-1256-4F49-A30A-46E6A21E63C5}>
- Dansk Sygeplejeråd (2013): *Klinisk vejledning på sygeplejerske uddannelsen – en undersøgelse blandt vejledere i regionerne*. <http://docplayer.dk/4775483-Klinisk-vejledning-paa-sygeplejerske-uddannelsen.html>
- Davies, B. (2000). *(In)scribing body landscape relations*. Walnut Creek CA: AltaMira Press.
- Davies, B. (2009). *Pedagogical encounters*. New York: Peter Lang.
- Davies, B., & Harré, R. (1990). Positioning: The Discursive Production of Selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20(1), 43–63.
- Delgado, N., & Cruz, L. (2014). Multi-event ethnography: doing research in pluralistic settings. *Organizational Ethnography*, 3(1), 43–58.
- Dreifuerst, K. T. (2009). The essentials of Debriefing in simulation learning: A concept analysis. *Nursing Education Perspectives*, 30(2), 109–114.
- Dysthe, O. (2003). *Dialog, samspil og læring*. Århus: Klim.
- EVA (2006) *De nyuddannede sygeplejerskers kompetencer*. København: Danmarks Evalueringsinstitut. <https://www.eva.dk/udgivelser/2006/de-nyuddannede-sygeplejerskers-kompetencer/view?searchterm=sygeplej>
- Edwards, A. (2010). *Being an expert professional practitioner the relational turn*. London: Springer.
- EVA (2010): *Tværsnit af sygeplejerskeuddannelsen*. København. <https://docplayer.dk/19310545-Tvaersnit-af-sygeplejerskeuddannelsen-paa-baggrund-af-akkrediteringen-2009.html>
- Evans, K., Guile, D., Harris, J., & Allan, H. (2010). Putting knowledge to work: A new approach. *Nurse Education Today*, 30(3), 245–251. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.10.014>
- Fairclough, N. (1992): *Discourse and social change*. Cambridge UK: Polity Press.
- Foucault, M. (1982). The Subject and Power. *Critical Inquiry*, 8, 777–795.
- Frandsen, A., & Lehn-Christiansen, S. (in press). Exploring the blackbox of learning processes in simulation debriefing. *Nurse Education Today*.
- Fraser, S. W. & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science Coping with complexity: educating for capability. *British Medical Journal*, 323, 799–803.
- Frederiksen, K. (2005). *Uddannelse til ordentlighed : at lære sygepleje gennem 200 år*. Aarhus Universitet. Aarhus: Forlaget PUC
- Færch, J. & Bernild, C. (2012a). Kvalificering af den kliniske beslutning. *Sygeplejersken* nr. 11, 54–56
- Færch, J., og Bernild, C. (2012b) Pædagogisk Refleksionsmodel gavner patienten. *Sygeplejersken* nr. 7, 78–82
- Gallagher, P. (2004): How the metaphor of a gap between theory and practice has influenced nursing education. *Nurse Education Today*, (24), 263–268.

- Gardner, R. (2013). Introduction to debriefing. *Seminars in Perinatology*, 37(3), 166–174.
- Gergen, K. (1997). *Virkelighed og relationer: tanker om sociale konstruktioner*. Dansk psykologisk Forlag <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2013.02.008>
- Guile, D. (2014). Professional knowledge and professional practice as continuous recontextualisation. I M. Young & J. Muller (Eds.), *Knowledge, Expertise and the Professions*. Oxon and New York: Routledge, 78–92.
- Gulløv, E. (2004). Institutionslogikker som forskningsfelt. I *Pædagogisk Antropologi*. København: Hans Reitzels Forlag. 53–75.
- Haastrup, L., Hasse, C., Pilegaard Jensen, T., Damgaard Knudsen, L. E., Laursen, P. F., & Nielsen, T. K. (2013). *Brobygning mellem teori og praksis i professionsbacheloruddannelserne – sammenfattende rapport*. Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (KORA), København.
- Haraldseid, C., Friberg, F., & Aase, K. (2015). Nursing students' perceptions of factors influencing their learning environment in a clinical skills laboratory: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 35(9), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.03.015>
- Haraway, D. (1991). Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature. I *Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century*. New York: Routledge.
- Heggen, K., & Smeby, J.-C. (2012): Gir mest mulig sammenheng også den beste profesjonsutdanninga. *Norsk Pedagogisk Tidsskrift*, 96, 4–14.
- Henningsen, S. E., & Mogenssen, F. (Eds.). (2013). *Mellem teori og praksis – Om transfer i professionsuddannelser*. Aarhus: Systime profession.
- Holen, M. (2011). *Medinddragelse og lighed – en god idé?: en analyse af patienttilblivelser i det moderne hospital*. Roskilde: Forskerskolen i Livslang Læring Roskilde Universitet.
- Holmlund, K., Lindgren, B. & Athlin, E., 2010. Group supervision for nursing student during their clinical placement: its content and meaning. *Journal of Nursing Management*, Issue 18. 678–688.
- Holstein, J., & Gubrium, J. (1995). The Active Interview. *Qualitative Research Methods Series*, vol. 37. London: Sage
- Hope, A., Garside, J., & Prescott, S. (2011). Rethinking theory and practice: Pre-registration student nurses experiences of simulation teaching and learning in the acquisition of clinical skills in preparation for practice. *Nurse Education Today*, (31), 711–715.
- Hundborg, S., Lynggaard, B., & Dansk Sygeplejeråd. (2013). *Sygeplejens fundament* (2. udgave). København: Nyt Nordisk Forlag og Dansk Sygeplejeråd.
- Illeris, K. (2002). The three dimensions of learning. Roskilde: Roskilde University Press.
- Illeris, K. (2006). Læring. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Implement (2014): *Kompleks fremtid og reflekseive sundhedsprofessionelle Om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne*. Afrapportering af Sundhedskartellets uddannelsesprojekt. København: Sundhedskartellet.
- Indenrigsministeriet (1957): *Cirkulære om sygeplejerskeuddannelsen*, Pub. L. No. cirkulære nr. 14 af 30. januar 1957. https://dsr.dk/sites/default/files/473/cirkulaere_om_sygeplejerskeuddannelsen_1957.pdf.
- Ironside, P. M., Jeffries, P. R., & Martin, A. (2009). Fostering patient safety competencies using multiple-patient simulation experiences. *Nursing Outlook*, 57(6), 332–337. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2009.07.010>
- Jansson, I., & Ene, K. W. (2016). Nursing students' evaluation of quality indicators during learning in clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 20. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.06.002>
- Jastrup, S., & Bak Skouenborg, P. (2014). Kropspleje. I S. Jastrup & D. Helving Rasmussen (Eds.), *Klinik. Grundbog i sygepleje* (1st ed). København: Munksgaard. 207–228.

- Jeffries, Pamela (2005): A framework for Designing, Implementing and Evaluating Simulations used as teaching strategies in Nursing. *Journal of Nursing Education Perspectives* 26(2).
- Jensen, C. J. (2018). *Nyuddannede sygeplejerskers møder med realiteterne på medicinske afsnit i reformerede sygehuse: en institutionel etnografisk undersøgelse*. Institut for Mennesker og Teknologi, Roskilde Universitet.
- Jyllandsposten (2001). *Reform af sygeplejerskeuddannelse*, 20 Januar 2001 <https://jyllands-posten.dk/indland/ECE3308134/Reform-af-sygeplejerskeuddannelse/>
- Kamstrup, A. K. (2015): *Teori og praksis som fenomener – en empirisk analyse af hvordan teori og praksis bliver til på lærer og diplomingeniøruddannelsen*. Aarhus: Aarhus Universitet
- Kjær, M. (2014). *Læring i praksis – praksis i læring: en diskursiv og interaktionsanalytisk undersøgelse af sygeplejestuderendes møde med klinisk praksis*. Aalborg: Aalborg Universitet. Humanistiske Fakultet
- KL, Danske Regioner, FTF, LO, & Danske Professionshøjskoler (2015): *Kvalitet og relevans i professionsbachelor-uddannelserne*. http://www.regioner.dk/media/3624/topmoedepapir_7jan2015-2.pdf
- Knudsen, L., Sillesen, A., Poulsen, D., & Schmidt, M. (Eds.). (2011). *Kroppen i læringsrum*. København: Unge Pædagoger.
- Kristensen, J. E. (2014). Velfærdsprofessioner i konkurrencestaten: i lyset af velfærdspolitikens omkalfatring. I G. S. Harrits & F. Svith (Eds.), *Professioner under pres: status, viden og styring*. Aarhus: Via Systime. 65–188.
- Kristofferzon, M-L, Mårtensson G, Mamhidir A-G, & Löfmark, A. (2013) Nursing students' perceptions of clinical supervision: The contributions of preceptors, head preceptors and clinical lecturers. *Nurse Education Today*, 33, (10). 1252-1257
- Larsen, K. (1999). *Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider: et observationsstudie af praktikuddannelse inden for sygeplejerskeuddannelsen*. Institut for filosofi, Pædagogik og Retorik. Københavns Universitet.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lehn-Christiansen, S. (2011). *I sundhedens tjeneste: om praktiseringer af sundhedsfremme i social- og sundhedshjælperuddannelsen*. Roskilde Universitet.
- Lehn-Christiansen, S. (2016). *Tværfagligt samarbejde i sundhedsfaglig praksis*. København: Munksgaard Danmark.
- Lehn-Christiansen, S., & Holen, M. (2019). Logics of care in clinical education. *Journal of Organizational Ethnography*, 8, 3. 268-278.
- Lehn-Christiansen, S., & Holen, M. (2012). Sundheden er sgu din egen! Udviklingen i forståelserne af køn og sundhed i Kvinde kend din krop 1975-2001. Krop og Hverdagsliv, Forskningsgruppen Køn (Eds.), *Er der spor? Feminisme, aktivisme og kønsforskning gennem et halvt århundrede*. Frederiksberg: Frydenlund Academic. 39–56
- Lehn-Christiansen, S., & Holen, M. (2017a): *Tomfoolery or developing clinical competencies? Re-working the concept of re-contextualization*. Paper præsenteret på the International Congress of Health Education and Research 27-29 June 2017, Porto, Portugal.
- Lehn-Christiansen, S., & Holen, M. (2017b): *Nye sygeplejerskestuderende, Hvad vil de i sygepleje?* Paper præsenteret ved Uddannelsessymposium 4. oktober 2017, Rigshospitalet, København.
- Lewis, R., Strachan, A., & Smith, M. M. (2012). Is High Fidelity Simulation the Most Effective Method for the Development of Non-Technical Skills in Nursing? A Review of the Current Evidence. *The Open Nursing Journal*, 6, 82–89. <https://doi.org/10.2174/1874434601206010082>

- Liljedahl, M., Björck, E., Kalén, S., Ponzer, S., & Bolander Laksov, K. (2016). To belong or not to belong: Nursing students' interactions with clinical learning environments – An observational study. *BMC Medical Education*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0721-2>
- Lindgren, B., Brulin, C., Holmlund, K. & Athlin, E., 2005. Nursing students' perception of group supervision during clinical training. *Journal of Clinical Nursing*, Issue 14. 822-829.
- Mainey, L., Dwyer, T., Reid-Searl, K., & Bassett, J. (2018). High-Level Realism in Simulation: A Catalyst for Providing Intimate Care. *Clinical Simulation in Nursing*, 17. 47–57. <https://doi.org/10.1016/J.ECNS.2017.12.001>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358, 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Marcus, G. (1995). Ethnography in/Of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. *Annual Review of Anthropology*. Vol.24(1), p.95-117.
- McAllister, M., Searl, K. R., & Davis, S. (2013). Who is that masked educator? Deconstructing the teaching and learning processes of an innovative humanistic simulation technique. *Nurse Education Today*, 33(12), 1453–1458. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.015>
- McGill, R., Anderson, J., & Francis, K. (2014). An innovative approach to nursing education: bridging the theory practice gap using simulated learning. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, Dec, 2014, Vol.22(6), p.40(1)
- McNeil, K. (2014). Interprofessional practice and professional identity threat. *Health Sociology Review*, 22(3), 291–307.
- Mol, A. (2008). *The logic of care: health and the problem of patient choice*. London; reprinted New York: Routledge.
- Motola, I., Devine, L. A., Chung, H. S., Sullivan, J. E., & Issenberg, S. B. (2013). Simulation in healthcare education: A best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. *Medical Teacher*, 35(10), 1511–1530. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.818632>
- Mould, J., White, H., & Gallagher, R. (2011). Evaluation of a critical care simulation series for undergraduate nursing students. *Contemporary Nurse*, 38(1–2), 180–190. <https://doi.org/10.5172/conu.2011.38.1-2.180>
- New Insight (2014): *Uddannelsesfremsyn på sundhedsområdet*. Uddannelses- og Forskningsministeriet: København.
- Nielsen, B. S., Nielsen, K. A. (2010). *Aktionsforskning*. Roskilde: Roskilde Universitet
- Nielsen, K. A., (2002). Aktionsforskning som forskning i læreprocesser. Skriftserie fra Erhvervs- og Voksenuddannelsesgruppen, 1395-6833 ; nr. 129/2002. Roskilde: Roskilde Universitet.
- Nortvig, A.-M., & Eriksen, K. K. (2013). Teknologistøttet simulationsundervisning – som translokation for teoretisk viden og praktisk handlen. *Tidsskriftet Læring Og Medier (LOM)*.(6)11. <https://doi.org/article/7332a347630d4158a40efad3d0391da7>
- Olsén, P., Nielsen, S. B., & Aagaard, K. (1996). *Forskningsværksted om fiskeriarbejderuddannelse*. Rapport fra Industri og Lykke. Roskilde: Roskilde Universitet.
- O'Lynn, C., & Krautscheid, L. (2014). Evaluating the Effects of Intimate Touch Instruction: Facilitating Professional and Respectful Touch by Male Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, 53(3), 126–135.
- Orbæk et al. (2014). Patient safety and technology-driven medication: A qualitative study on how graduate nursing student navigate through complex medication administration. *Nurse Education in Practice*, 15(3), 203-211.
- Powell-Laney, S., Keen, C., & Hall, K. (2012). The use of human patient simulators to enhance clinical decision-making of nursing students. *Education for Health: Change in Learning and Practice*, 25(1), 11–15. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.99201>
- Prideaux, A. (2010). Male nurses. *Art & Science*, 26.11.2010, 42–49.

- Professionshøjskolen Metropol (2013). *Dimittendundersøgelse 2013, sygeplejerskeuddannelse* <http://www.phmetropol.dk/Uddannelser/Sygeplejerske/Tal+og+fakta>
- Rask Eriksen, T., & Jørgensen, A. M. (2005). *Professionsidentitet i forandring*. København: Akademisk Forlag.
- Region H (2014). *Logbog i medicinhåndtering*. <http://www.kurh.dk/Retningslinjer/Portfolio>
- Roug, L (2015) *Ny i afdelingen. Et studie af det pædagogiske rum på en kirurgisk sengeafdeling i spændingsfeltet mellem nye og erfarne sygeplejersker*. Kandidatspeciale, Pædagogisk Antropologi, Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU), Aarhus universitet.
- Roy, L. (2014). *Baccalaureate Nursing Students' Perceptions of Simulation and the development of Clinical Judgement*. School of Nursing, Widener University.
- Ruchti, L. C. (Lisa C. (2012). *Catheters, slurs, and pickup lines: professional intimacy in hospital nursing*. Philadelphia: Temple University Press.
- Rutherford-Hemming, T. (2012): Learning in Simulated Environments: Effect on Learning Transfer and Clinical Skill Acquisition in Nurse Practitioner Students. *Journal of Nursing Education*, 51(7), 403-406.
- Rutherford-Hemming, T., Lioce, L., & Durham, C. F. (2015). Implementing the standards of best practice for simulation. *Nurse Educator*, 40(2), 96–100. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000115>
- Sandvik, A. H., Eriksson, K., & Hilli, Y. (2014). Becoming a caring nurse – A Nordic study on students' learning and development in clinical education. *Nurse Education in Practice*, 14), 286–292.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Seed, A. (1995). Crossing the boundaries – experiences of neophyte nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1136–1143. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21061136.x>
- Sharpnack, P. A., Goliat, L., & Rogers, K. (2013). Using Standardized Patients to Teach Leadership Competencies. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(3), 95–102. <https://doi.org/10.1016/J.ECNS.2011.10.001>
- Smith, D. (2005). *Institutional ethnography: a sociology for people*. Walnut Creek CA: AltaMira Press.
- Soffer, A. K. B. (2015): Replacing and representing patients: Professional feelings and plastic body replicas in nursing education. *Emotion, Space and Society*, 16, 11–18.
- Sundhedskartellet, & Danske Professionshøjskoler (2014). *Kvalitet, relevans og sammenhænge i forhold til de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser. Anbefalinger til Udvalg for kvalitet og relevans i de videregående uddannelser fra Danske Professionshøjskoler og Sundhedskartellet*. <http://danskeprofessionshøjskoler.dk/wp-content/uploads/2015/11/Kvalitet-relevans-og-sammenh%C3%A6nge-i-forhold-til-desundhedsfaglige-professionsbacheloruddannelser.pdf>
- Strand, I., Nåden, D., & Slettebo, Å. (2009). Students Learning in a Skills Laboratory. *Vard i Norden*, 29(3), 18–22.
- Styhre, A. (2011). *Knowledge Sharing in Professions. Roles and Identity in Expert Communities*. Surrey: Gower Applied Business Research.
- Suhr, L. K., & Winther, B. (2011). *Basisbog i sygepleje – krop og velvære* (2. udgave). København: Munksgaard Danmark.
- Sun, F. K., Long, A., Tseng, Y. S., Huang, H. M., You, J. H., & Chiang, C. Y. (2016). Undergraduate student nurses' lived experiences of anxiety during their first clinical practicum: A phenomenological study. *Nurse Education Today*, 37. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.001>
- Suresh, P., Matthews, A., & Coyne, I. (2013). Stress and stressors in the clinical environment: A comparative study of fourth-year student nurses and newly qualified general nurses in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 22(5–6). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04145.x>

- Søndergaard, D. M. (1993). Køn på universitet – Kvalificering i et maskulint handlerum. In A. M. Nielsen & et al. (Eds.), *Køn i forandring: ny forskning om køn, socialisering og identitet*. København: Hyldespjæt.
- Søndergaard, D. M. (1996). *Tegnet på kroppen: køn, koder og konstruktioner blandt unge voksne i Akademia*. København: Museum Tusculanums Forlag.
- Søndergaard, D. M. (2003). Subjektivering og nye identiteter – en psykologi i et pædagogisk felt. *Kvinder, Køn og Forskning*, (4). DOI: <http://dx.doi.org/10.7146/kkf.voi4.28267>
- Sørensen, D., Hutter, C., & Jensen, M. (2015). *Uddannelseseksperimenter – metode, teori og praksis: En introduktion*. København: Det erhvervsrettede uddannelseslaboratorium.
- Thingstrup, S. H. (2018). Pædagogisk faglighed: Udforskning af demokratiske perspektiver på forandringsarbejde i daginstitutioner. *Forskning og Forandring*, 1(1), 9–29. <https://doi.org/10.23865/fof.v1.1000>
- Togsverd, L., & Rothuizen, J. J. (2016). *Pædagogiske ballader*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Uddannelses- og Forskningsministeriet (2015a): *Fælles om en god uddannelse*, ref. nr. 14/020159 – 81. København. www.ufm.dk
- Uddannelses- og forskningsministeriet (2016): *Bekendtgørelse om uddannelse til professionsbachelor i sygepleje*. BEK nr. 508 af 30/05/2016.
- Uddannelses- og Forskningsministeriet (2015b): *Monofaglige udviklingsgruppers arbejde: Leverancer, bemandinger og proces*. Ref. nr. 14/020159-100 København.
- Sidsel Vinge. (2010). *Fremtidens plejeopgaver i sygehusvæsenet*. København: Dansk Sundhedsinstitut. http://www.tekno.dk/pdf/projekter/p10_fremtidenssundhed/p10_Fremtidenssundhed_Sidsel_Vinge.pdf
- Wackerhausen, S. (2009). Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), 455–473.
- Willig, C. (2011). Foucauldian Discourse Analysis. *Introducing Qualitative research in psychology. Adventures in theory and method*. Maidenhead: McGraw Hill/Open University Press. 106–124.
- Wærness, K. (2008). The Unheard Voices of Care Workers and Care Researchers. I Wrede, S., Henriksson, L., Høst, H., Johansson, S., & Dybbroe, B. (Eds.) *Care Work in Crisis. Reclaiming the Nordic ethos of Care*. Lund: Studentlitteratur, 363–373.
- Young, L. (2014). Too posh to wash? *Primary Health Care*, 14(5), 12–14.
- Young, M. F. D., & Muller, J. (2014). *Knowledge, expertise and the professions*. New York: Routledge.
- Zigmont, J. J., Kappus, L. J., & Sudikoff, S. N. (2011a). The 3D Model of Debriefing: Defusing, Discovering, and Deepening. *Seminars in Perinatology*, 35(2), 52–58. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2011.01.003>
- Zigmont, J. J., Kappus, L. J., & Sudikoff, S. N. (2011b). Theoretical Foundations of Learning in Simulation. *Seminars in Perinatology*, 35(2), 47–51. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2011.01.002>
- Øye, C., Soerensen, N. O., & Glasdam, S. (2015). Qualitative research ethics on the spot: Not only at the desktop. *Nursing Ethics*, 1–10. <https://doi.org/10.1177/0969733014567023>